



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

A 3 A. 1835.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



LIBRARY

OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*
1898



A 3 A. 1835.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



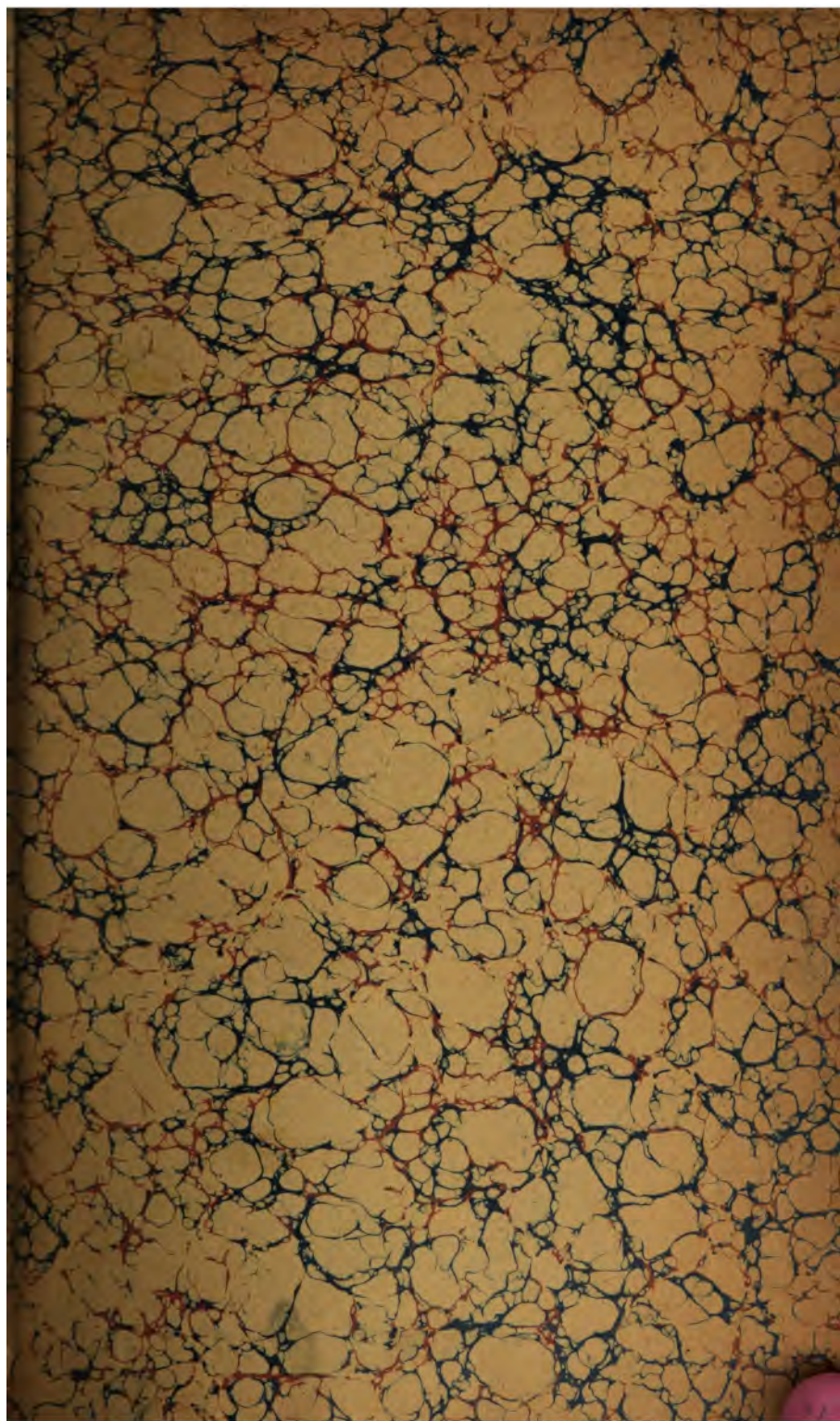
LIBRARY

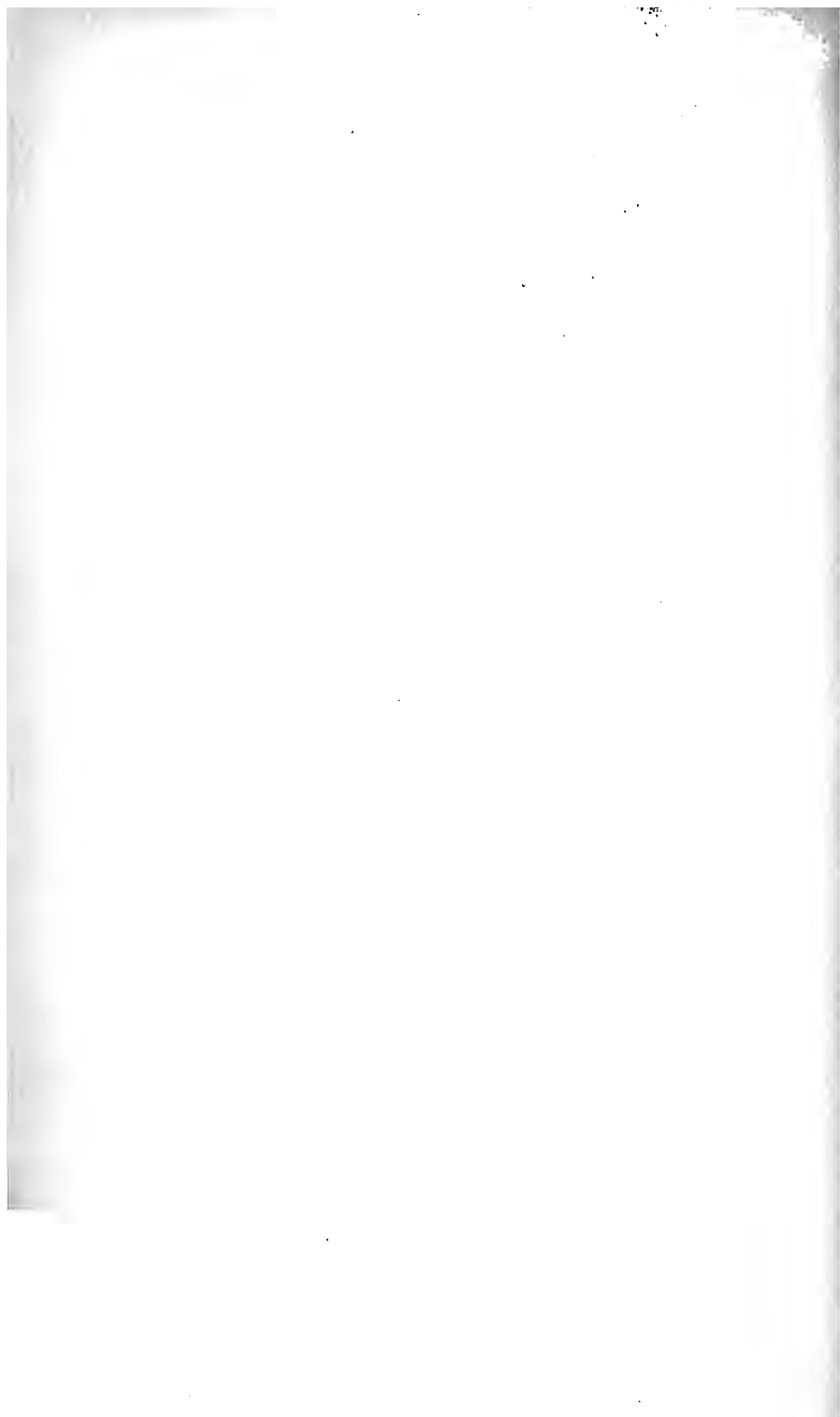
OF THE

PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of *Henry F. Sears M.D.*

1898





BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS 4



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE.

LVI^e ANNÉE (1881)

4^e SÉRIE. — TOME VI.

RÉDIGÉS PAR
MM. LETULLE & FÉRÉ
SECRÉTAIRES

PARIS

ADRIEN DELAHAYE et E. LECROSNIER, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1881

3.A. 1835.2

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1881

Bureau.

Président	MM. CHARCOT.
	{ LANDOUZY.
Vice-Présidents.	{ RECLUS.
	{ RENDU.
Secrétaires.	{ FÉRÉ.
	{ BALLET.
Trésorier.	COSSY.
Archiviste.	DE BEURMANN.
	{ DE BOYER.
Membres titulaires du Comité.	{ QUINQUAUD.
	{ SCHWARTZ.
	{ BARTH.
— adjoints.	{ DÉJERINE.
	{ MAYOR.

Membres Honoraires.

MM.
 ANGER (Th.), 1874.
 BALZER.
 BARTHEZ (E.).
 BERGER (P.), 1878.
 BESNIER (Ern.), 1866.
 BESNIER (J.), 1874.
 BLACHE (R.), 1873.
 BLACHEZ, 1866.
 BOUCHARD (Ch.), 1869.
 BOUCHEREAU, 1874.
 BOUILLY, 1877.

MM.
 BOURNEVILLE, 1874.
 BRIERRE DE BOISMONT.
 BROUARDEL, 1869.
 BUCQUOY, 1860.
 BUDIN, 1878.
 CARRIÈRE, 1874.
 CARTAZ, 1879.
 CASTELNAU (H. de).
 CAZALIS (J.), 1878.
 CHANTREUIL, 1874.
 CHARCOT 1873.

MM.

CHARPENTIER, 1872.
 CHOUPE, 1877.
 CORNIL (V.), 1871.
 COYNE, 1877, Bordeaux.
 CRUVEILHIER (Ed.), 1869.
 DANLOS, 1879.
 DEBOVE, 1876.
 DENUCÉ.
 DESORMEAUX, 1868.
 DESPRÉS (Ar.), 1869.
 DU CASTEL, 1877.
 DURAND-FARDEL.
 DUGUET, 1873.
 DUPUY, 1879.
 FERNET, 1874.
 FIAUX.
 FONTAN, 1872.
 GÉRIN-ROZE, 1867.
 GINGEOT, 1874.
 GOUBAUX.
 GOUGUENHEIM, 1877.
 GOURAUD (X.), 1862.
 GUÉNIOT, 1873.
 GUYOT, 1867.
 HALLÉ, 1872.
 HALLOPEAU, 1876.
 HANOT, janvier 1878.
 HARDY (A.).
 HAYEM, 1874.
 HÉNOCQUE, 1874.
 HÉRARD.
 HOUEL, 1852.
 JOFFROY, 1877.
 LABARRAQUE (E.), 1878.
 LABBÉ (Léon), 1871.
 LABORDE (J.-V.), 1873.
 LANCEREAUX, 1873.

MM.

LANDOUZY (L.), 1878.
 LANNELONGUE, 1873.
 LE DENTU, 1874.
 LENHOSSEK, professeur à
 Pesth, février 1876.
 LEGROUX, 1874.
 LÉPINE, 1876, Lyon.
 LEUDET, Rouen.
 LIOUVILLE, 1875.
 LONGUET, 1877, Bourges.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Just).
 1879.
 LUNIER, 1851.
 MAGNAN, 1874.
 MALASSEZ, 1876.
 MARCANO, 1878.
 MARTINEAU, 1867.
 MERCIER.
 MEURIOT, 1873.
 MILLARD, 1866.
 MOISSENET.
 MONOD (Ch.), 1876.
 NEPVEU, juillet 1878.
 NICAISE, 1872.
 OLLIVIER (A.), 1874.
 ORY, 1879.
 PARROT, 1873.
 PAUL (C.), 1866.
 PÉRIER, 1872.
 PINARD, janvier 1881.
 PIOGEY, 1856.
 PITRES, 1878, Bordeaux.
 POTAIN.
 POUMET, 1872.
 POZZI, décembre 1878.
 PROUST (Ad.), 1865.
 RANVIER, 1873.

MM.

REGULUS (P.), 1875.
 RENAUT (J.) (Lyon), 1877.
 RENDU, 1877.
 RICHELLOT, 1877.
 RICORD.
 ROBIN (A.), 1879.
 ROGER (H.), 1840.
 SANNÉ, juillet 1878.
 SEVESTRE, 1876.
 SINÉTY (de), 1876.

MM.

SCHWEIGH, 1874.
 TERRILLON, 1876.
 TRÉLAT (U.), 1864.
 TROISIER, 1878.
 TURNER, 1878.
 VERNEUIL.
 VIDAL.
 VOISIN (A.), 1871.
 VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.

MM.

BOYER (H. DE), 1881.
 DURET, 1877.
 FÉRÉ, mars 1878.
 HENRIET, 1879.
 HOMOLLE (G.), 1875.

MM.

LELOIR, 1881.
 MOUTARD-MARTIN (R.), 1877.
 PORAK, 1879.
 QUINQUAUD, 1879.
 SCHWARTZ, 1879.

Membres adjoints.

MM.

AVEZOU, juillet 1879.
 BALLET, juillet 1879.
 BARIÉ, juillet 1875.
 BARTH, mai 1879.
 BAZY, mai 1879.
 BELLOUARD, février 1879.
 BÉRDINEL, novembre 1878.
 BEURMANN (de), 1877.
 BOTTENTUIT, 1869.
 BRAULT, novembre 1879.
 BRISSAUD, mars 1878.
 BRUN, mai 1879.
 BÉRINGIER, mars 1880.
 CAMPENON, 1872.
 CASTEX, mai 1879.

MM.

CHAMBARD, novembre 1878.
 CHUQUET, juillet 1877.
 COSSY, juillet 1878.
 CUFFER, 1874.
 DEFFAUX, 1874.
 DÉJÉRINE, mars 1878.
 DESNOS, mars 1880.
 DOLÉRIIS, mai 1880.
 DUBAR, décembre 1879.
 DREYFOUS, 18 février 1879.
 DREYFUS, novembre 1876.
 GRAUX, décembre 1875.
 HAVAGE, mars 1881.
 HIRTZ, décembre 1875.
 JALAGUIER, décembre 1879.

MM.

JEAN, novembre 1876.
 JOSIAS, mai 1880.
 KIRMISSON, juillet 1878.
 LABAT, décembre 1880.
 LATASTE, décembre 1879.
 LEBLOND, juillet 1876.
 LEGENDRE, avril 1881.
 LEROUX, décembre 1877.
 LETULLE, juillet 1877.
 LEVRAT, juillet 1879.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.),
 1875.
 MARCHANT (G.), décembre
 1876.
 MARTIN, juillet 1878.
 MAYGRIER, mars 1880.
 MAYOR, juillet 1878.

MM.

MERKLEN, décembre 1880.
 OULMONT (P.), 1875.
 PETIT (Ch.-H.), juillet 1875.
 PEYROT, 1873.
 PIÉCHAUD, novembre 1879.
 PLANTEAU, décembre 1875.
 QUENU, 14 février 1879.
 REMY (Alb.), février 1875.
 REMY (Ch.), décembre 1875.
 REYNIER, mai 1879.
 SEGOND, décembre 1879.
 SAVARD, mai 1880.
 STACKLER, décembre 1880.
 TALAMON, décembre 1880.
 TAPRET, mars 1878.
 VOISIN (J.), 1874.

Membres correspondants.

MM.

ALFEROW, 1874, Charkhoff,
 Russie.
 ANDRAL (Léon), Eaux-Bon-
 nes.
 AUGER, Bolbec, Seine-Infér.,
 1876.
 BARÉTY, 1874, Nice.
 BERCIoux, Bourges.
 BERGERON, Paris.
 BIDARD, Paris.
 BIDE, Madrid.
 BINET, Suisse.
 BLAIN, Bernay.
 BLANQUINQUE, 1870, Laon.
 BLUM, Paris.
 BOCHEFONTAINE, 1874, Paris.

MM.

BOÉCHAT, Fribourg.
 BOISSIER, 1876, Paris.
 BONNET, Valence (Drôme).
 BOUCHER, Corbeil.
 BOUCHUT, Paris.
 BOURCERET, 1877, Paris.
 BOUSSEAU, Cholet (M.-et-L.).
 BRUNEAU, décembre 1880.
 BRUTÉ, Rennes.
 BULTEAU, Reims.
 BUTRUILLE (Roubaix), 1878.
 CADET DE GASSICOURT, Paris.
 CADIAT, Paris.
 CAMPBELL, Paris.
 CARESME, Paris.
 CARION, Charleville.

MM.

CARPENTIER-MÉRICOURT, Paris, 1875.
CARVILLE, Menton.
CAUCHOIS, Rouen.
CHAVERNAC (Montpellier).
CAZIN, 1869, Boulogne-s-Mer.
CEPPI, Porrentruy (Suisse) 1880.
CHALLAND, Lausanne.
CHEDEVERGNE, Poitiers.
CHENET, Paris.
CHÉNIEUX, Limoges.
CHEVALET, 1877, Paris.
CLÉRAULT.
COLIN, Alfort.
CORNILLON, Vichy.
COTTIN, Dijon.
COULON, Eterpigny (P.-de-C.)
COUSTON, à Daras, 3 mars 1876. (Lot-et-Garonne).
COUTY, 1876, Paris.
CURTIS, Boston (U.-S.).
CUSCO, Paris.
DAMASCHINO, Paris.
DAROLLES, Provins (S.-et-M.).
DECÈS (A.), Reims.
DECORNIÈRE, Lisieux.
DEFOIX, 1874, Buenos-Ayres.
DELAUNAY, Paris, 1876.
DELBARRE, Cambrai.
DELPECH, Paris.
DEMANGE, 1874, Nancy.
DENY (G.), 1876, Paris.
DÉPÉRET-MURET, Limoges.
DESCHAMPS, Neuilly.
DEVILLE, Harrogate (Angleterre).

MM.

DEVOUGES, Corbeil.
DIANOUX, 1875, Nantes.
DIEULAFOY, Paris.
DODEUIL, Ham.
DRANSART, Somain (Nord)
DUBOIS, Abbeville.
DUBRUEIL, Montpellier.
DUBUC, Paris.
DUMONTFALLIER, Paris.
DUPERTUIS, Champigny (S.).
DUPLAY (S.), Paris.
DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
DUSAUSSAY, Paris.
EXCHAQUET, Bex, (canton de Vaud), Suisse.
D'ESPINE, Genève.
FARABEUF, Paris.
FAURE, Riom.
FERRAND, Paris.
FERRAUD, 1881. Blois.
FIOUPPE, 1876. Marseille.
FLEUROT, Dijon.
FOUCAULT, Fontainebleau.
FOURESTIÉ, 1876, Paris.
FOURNAISE, 1876, Paris.
FOURNIER, Paris.
FRÉMY, fils, Paris.
GADAUD, Périgueux.
GALLOPAIN, Evreux, 1877.
GARNIER, décembre 1878.
GARSEAUX, Paris.
GAUDRON, 1876, Besançon.
GELLÉ, Paris.
GIRARD, Grenoble.
GOETZ, Genève.
GOLAY, Genève.

MM.

GRANCHER, Paris.
 GRIPAT, Angers.
 GUILLAUMET, 1874, Paris.
 GUINAND, 1878 (Lyon).
 GUYARD, Paris.
 GUYON, Paris.
 HABRAN, Reims.
 HALLEZ, Lille.
 HAMY, Paris.
 HEYDENREICH, Nancy.
 HENROT, Reims.
 HERPIN, Tours.
 HERPIN (O.), 1876, Tours.
 HERVEY, Troyes.
 HILLAIRET, Paris.
 HORTELOUP, 30 juin 1877, Paris.
 HUBERT, Paris.
 HUCHARD, Paris.
 HUGONNEAU, 1876.
 HUTINEL, Paris.
 ISZENARD, 1876, Saint-Denis.
 JACQUEMART, Auteuil.
 JAGOT, (Angers) 1881.
 KELSCH, 1874, Philippeville, Algérie.
 LABADIE-LAGRAVE, 1879, Paris.
 KOMOROWSKI, 76, Mondoubleau (Loir-et-Cher).
 LABOULBÈNE, Paris.
 LACOMBE, Paris.
 LACROUZILLE, Périgueux.
 LADMIRAL (Pascal), 3 mars 1876.

MM.

LADREIT DE LA CHARRIÈRE, Paris.
 LAFONT, Bayonne.
 P. de LAFOUILHOUZE, 1876.
 LAGRANGE, 1874, Ch.-s-Saône
 LAILLIER, Paris.
 LALLEMENT, Nancy.
 LAMARRE, St-Germ.-en-Laye.
 LANGLET, Reims.
 LAUGIER (M.), Paris.
 LE BAIL, le Mans.
 LEBREDO, La Havane, 1877.
 LEBRETON, 1874, Paris.
 LEDIBERDER, Lorient.
 LEDOUBLE (A.), 1876, Tours.
 LEDRU, Clermont-FERRAND.
 LE FORT (L.), Paris.
 LÉGÉE, 1868, Abbeville (Somme).
 LÉGER, Amiens.
 LEMAISTRE, Limoges.
 LEROY DES BARRES, St-Denis.
 LESOUËF, Criquetot-Souville (Seine-Inférieure).
 LEVIEUX, Bordeaux.
 LOLLLOT, 1877, Paris.
 LUBIMOFF, 1874, Moscou.
 LUTON, Reims.
 LÜYS, Paris.
 MAGNAN, Paris.
 MAINGAULT, Paris.
 MALHERBE, père, Nantes.
 MALHERBE (Albert), Nantes.
 MARCÉ, 1874, Nantes.
 MARCHAND, Paris, 1877.
 MARJOLIN, Paris.

MM.

MARTIN, Nevers.
 MARTIN (E.), Genève.
 MARTINET, 1876 (Ste-Foy-la-Grande), (Gironde).
 MASSOT, à Perpignan.
 MAUNOURY, à Chartres.
 MIERZEJEWSKY, à St-Petersb.
 MOCQUOT.
 MOLLOY, Paris.
 MONOD (L.), Paris.
 MONOD (E.), Bordeaux.
 MORISSET, Martial, 1878.
 MOSSÉ, Montpellier.
 MOTTA-MAIA, Rio-Janeiro, 11 février 1876.
 MOUTON, 1874, Cutz (Oise).
 MOYNIER, Paris.
 NÉGRIÉ, Bordeaux.
 NITOT, Paris.
 NIVERT, Paris.
 NOVARO (Buenos-Ayres).
 OLIVIER, Rouen.
 PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand, (Aisne).
 PANAS, Paris.
 PAQUET, Paris.
 PARIS, Angoulême.
 PARISE, Lille.
 PASTEUR, Paris.
 PASTURAUD, Etampes.
 PAUFFARD, Dijon.
 PAUSTEAU, Paris.
 PÉAN, Paris.
 PEAUCELLIER.
 PELTIER, Sedan.
 PELVET, Vire (Calvados).
 PERRIN, Paris.

MM.

PETCE, Rouen.
 PETITFILS, Vierzon.
 PETON, Henri, juillet 1878, Paris.
 PEULEVÉ, Amiens.
 PEYRAUD, Libourne.
 PICHARDO, La Havane, 1877.
 PLANCHON, Paris.
 POISSON, Nantes.
 POLYCHRONIE, 1874, Bucharest.
 PONCET, 1874, Lyon.
 PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
 RAGOT, Pont-Audemer.
 RATHERY, Paris.
 RAYMOND, Limoges.
 RAYMOND, 1876, Paris.
 RAYNAUD (M.), Paris.
 REIGNIER, Moulins.
 RENAULT, Paris.
 REVERDIN, Genève.
 REY, Gaillac (Tarn).
 RICHARD-MAISONNEUVE, Paris.
 RICHET, Paris.
 RIGABERT, 1874, Pont-d'Envaux (Charente-Infér.).
 RONDOT, Mamers (Sarthe).
 ROSAPELLY, 1878, Paris.
 ROQUE, Arnac-Pompadour (Corrèze).
 SAISON, Paris.
 SCHEVING, 1881, Paris.
 SCHLOSS, Paris.
 SECOND-FÉRÉOL, Paris.
 SÉE (M.), Paris.
 SEUVRE, 1874, Reims.
 SÉZARY, Alger.

12 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

MM.

SIREDEY, Paris.
SLAWJANSKI, St-Pétersbourg.
SOCKEEL, 1874, Versailles.
SPIESS, Genève.
STOICESCO, fév. 1876. Bucharest.
VIDAL SOLARÈS, 1878, Paris.
TARNIER, Paris.
TEILLAIS, Nantes.
TEISSIER fils, Lyon.
THAON, Nice.
THIBIERGE, Paris.
THIERRY, Rouen.
THORENS, 1877, Paris.
TILLAUD, Paris.
TONNET, Niort.

MM.

TORRÈS Melchior (Buenos-Ayres), 1878.
TRUPIER (L.), Lyon.
ULLIAC (Henri), Paris.
URDY, 1874, Avignon.
VERETTE (Marcel), Sézanne (Marne).
VEYSSIÈRE, 1877, Paris.
VIGUIER (J.), 1874.
VILLARD, Guéret.
WARINGHEM, Calais.
WAST, Vitry-le-Français.
WATSON.
WILBOUCHEVITCH (BORIS DE), 1874, Moscou.
ZIEMBICKI, Vienne.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

56^e ANNÉE. — JANVIER 1881.

Séance du 7 Janvier 1881.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

1. Abscès du foie ; par BOTTEY, interne provisoire.

Le nommé Goetz E., 21 ans, tailleur, est amené sur un brancard, le 2 janvier, salle Saint-Bernard (Hôtel-Dieu Annexe), lit n° 23.

Il ne peut donner aucun renseignement précis ; il serait malade depuis 8 jours. Il est atteint en ce moment d'un frisson assez intense. La langue est sèche, recouverte d'un enduit noirâtre. Le ventre est rétracté et dur, un peu douloureux à la pression. Pas de taches rosées sur l'abdomen. Pas de diarrhée. Le malade n'a été à la garde-robe, il y a deux jours, qu'avec une purgation.

Le faciès est celui d'un typhique, avec stupeur assez intense. T. rect. ; M. 39°,4 ; P. 135.

Il a une ecchymose aux deux fesses. La surface est bleuâtre, sillonnée par des points plus foncés. Tout autour, zone rouge périphérique.

Le soir, le frisson persistait encore. Le malade était couvert de sueur. La peau était pâle et terreuse. Il y avait une roideur notable du tronc, du cou et des membres : le malade sursautait à chaque instant. Le pouls était imperceptible. — S. T. R., 40°,2. Pas de garde-robes dans la journée.

Jusqu'à dix heures du soir, le malade resta calme. A ce moment, il fut très agité, se leva de son lit, en poussant des paroles inarticulées. Vers deux heures du matin, il tomba dans le coma et mourut une heure après.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale ne contient pas de liquide. Il y a quelques adhérences au niveau du lobe gauche du foie, et, ce qui frappe de suite, c'est la déformation de ce lobe qui est globuleux et qui laisse sourdre du pus par une incision.

Il est, en effet, le siège d'un foyer purulent, disposé en alvéoles, comme une véritable éponge ou une ruche. Les loges qui le constituent sont irrégulières, de dimensions inégales, les plus grosses atteignant le volume d'une aveline, et toutes remplies d'un pus verdâtre. Ces cavités communiquent entre elles, comme celles d'un système caverneux, et le foyer, dans son ensemble, est assez comparable à un poumon atteint de dilatation bronchique. Le foyer atteint presque la superficie du lobe, et aucune zone ne semble le délimiter des parties environnantes. Le reste du foie est absolument sain.

L'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin ne sont le siège d'aucune lésion. Les poumons sont congestionnés. La rate est grosse, un peu diffluente. Les reins et le cœur sont sains.

Les méninges sont congestionnées. Le cerveau est absolument sain, à part un léger piqueté au niveau des circonvolutions.

2. Thrombose des reins chez un enfant.—**Athrepsie**; par le D^r Henry C. DE BOYER, chef de clinique adjoint à l'hospice des Enfants-Assistés.

J....., Marie, est entré le 17 décembre 1880, dans le service de M. le professeur PARROT. Cette enfant est née le 4 décembre 1879. Elle présente de l'érythème simple des fesses, du muguet, des plaques ptérygoidiennes énormes. Les lèvres et le menton sont excoriés et sont recouverts de croûtes jaunes peu épaisses. Il y a aussi une excoriation semblable à la base du cou, en avant. Un eczéma se montre à la face et a produit des desquamations furfuracées. Muguet abondant.

J..... présente sur son vaccin des bulles de pemphigus qui ont transformé les pustules vaccinales en masses puriformes et atteignent jusqu'à deux centimètres de diamètre. Les selles sont entièrement muqueuses, colorées par la bile et alcalines. L'enfant meurt le 3 janvier.

AUTOPSIE.— L'enfant pesait 2 kilogr. 420 gr. et était long de 51 centimètres. Cette enfant présentait les lésions caractéristiques de l'athrepsie; son sang était épais, poisseux, déshydraté. Ses reins sont le siège d'une *thrombose athrepsique* caractéristique. Le R. D. = 22 grammes, le R. G. = 19 grammes. La veine rénale est presque entièrement obstruée par un thrombus grisâtre. Cette thrombose rénale a entraîné d'autres lésions. Les pyramides sont brun noirâtre, le reste du rein est fortement congestionné. Il est probable que, dans ce cas, comme dans ceux décrits précédemment par le professeur Parrot, les veinules sont rompues et que le sang se trouve infiltré dans l'espace intertubulaire; il se pourrait aussi qu'un certain nombre de globules fussent sortis des vaisseaux par hématorpédèse. Ce rein est tendu, rénitent, noir, augmenté de volume et de poids, puisqu'il pèse 22 grammes, et que la moyenne est, à cet âge, de 12 à 15 grammes seulement. Nous avons donc là un exemple bien caractérisé de cet état spécial des reins sur lequel M. Parrot a insisté souvent dans ses leçons.

Cette enfant présentait, en outre, une pneumonie de la partie supérieure du poumon droit.

3. *Cysticerques* de l'encéphale; par COCHEZ, interne des hôpitaux.

Cette jeune fille, entrée pour une fièvre typhoïde, est emportée dans le cours de cette affection par une bronchopneumonie. A l'autopsie, on découvre, *par hasard*, le cerveau criblé de *cysticerques*. Les kystes, gros pour la plupart comme une petite noisette, sont à peine transparents et présentent en un point une petite tache jaune représentant l'insertion du *cysticerque* sur son enveloppe. Ils sont presque tous logés dans les anfractuosités du cerveau et adhérents à la pie-mère. On peut en compter 21 à la surface du cerveau. M. BOUCHUT trouve une vésicule dans le cervelet, une autre absolument libre dans la cavité du 4^e ventricule. La coupe faite en tranches minces de l'hémisphère cérébral droit, révèle la présence de *cysticerques* dans le corps strié et dans la couche optique. L'hémisphère gauche n'en présente qu'à sa superficie.

Les renseignements pris sur les habitudes de l'enfant avant sa fièvre typhoïde, montrent que celle-ci ne présentait aucun phénomène particulier.

L'examen des autres organes, sauf celui des muscles qui n'a pas été fait, n'a révélé la présence d'aucun *cysticerque*.

4. Sarcôme du corps de l'utérus ; par MM. GERTINGER et TESSIER, internes des hôpitaux.

C'est une malade, sans antécédents héréditaires morbides intéressants, qui n'eut jamais jusqu'à ces derniers temps aucune maladie sérieuse, dont l'enfance fut seulement marquée par quelques manifestations de scrofule, et, qui, plus tard, vers cinquante ans, eut à plusieurs reprises des éruptions d'eczéma.

Réglée à 18 ans pour la première fois, sa menstruation fut toujours régulière jusqu'à l'époque de la ménopause qui survint il y a deux ans. Elle eut quatre grossesses, trois fois accoucha d'enfants mort-nés. De la dernière couche (à 42 ans) est restée dans la fosse iliaque droite une douleur sourde, réveillée par la pression ou bien s'exaspérant spontanément aux époques menstruelles, mais n'ayant jamais fait souffrir assez pour imposer un traitement suivi.

Depuis quatre ans cependant, sans que les douleurs soient devenues plus vives, la malade s'est affaiblie progressivement. Au mois de novembre 79, après une promenade un peu longue et fatigante, elle fut prise de défaillance, de nausées, de vomissements, et, de ce jour, dut prendre le lit pour ne plus guère le quitter. C'est encore à compter de ce moment qu'apparurent des pertes vaginales presque incessantes d'un liquide purulent et fétide, sans jamais de métrorrhagie tant à l'époque que dans l'intervalle des règles.

Après avoir tenté de se soigner quelque temps chez elle, la malade se résolut à entrer à l'hôpital Tenon, dans le service de M. GÉRIN-ROZE, en janvier 1880. Il lui prescrivit des injections de feuilles de noyer et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Au bout de trois mois l'état de santé ne s'était pas modifié, le dépérissement et l'amaigrissement étaient excessifs, les fleurs blanches mêlées de pus persistaient, et, toujours, dans la fosse iliaque droite ce même point douloureux qu'exagérait le moindre contact.

La malade fut alors envoyée au Vésinet, en revint pour se faire presque aussitôt recevoir, vers la fin d'avril, chez M. DUGUET, à Saint-Antoine, où le traitement consista, de même qu'à Tenon, en injections vaginales, cataplasmes et vésicatoires. Les douleurs abdominales, à partir du mois de mai, se montrèrent avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eues, affectant un caractère de lancinance particulier et revenant par crises presque insupportables. Une ponction fut faite dans l'abdomen sans résultat.

En juillet, la malade fut transférée à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Damaschino; et, en dernier lieu, après quelques mois, dans la salle Chassaignac (service de M. Nicaise).

Cette femme est dans un état de cachexie et de maigreur extrêmes. Son ventre volumineux a commencé de grossir, nous dit-elle, il y a trois mois. La saillie qu'il forme, non très considérable, est plus accusée du côté droit que du côté gauche. La cicatrice ombilicale, entièrement dépliée, est à peine reconnaissable.

Au-dessous de l'ombilic et à droite à quelques centimètres, on trouve dans le tissu sous-cutané et dans la peau une nodosité de consistance molle, grosse à peu près comme une petite noix. Cette petite tumeur est apparue au point même où M. Duguet fit la ponction au printemps dernier.

Par la palpation, il est possible de limiter une tumeur profonde qui se confond inférieurement avec les organes pelviens et qui, supérieurement, remonte un peu au-dessus de l'ombilic, davantage à droite, tumeur molle, donnant quand on vient à l'explorer une vague sensation de fluctuation. On peut en de certains points produire par la percussion le phénomène du flot, phénomène qu'il faut rapporter à l'ascite accompagnant la tumeur.

Au toucher vaginal, l'utérus apparaît entièrement immobilisé, mais le museau de tanche est souple, non déformé, normal, entièrement sain. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt rencontre une masse dure, de consistance homogène, peut être un gâteau péritonitique. Si l'on vient à presser cette masse, un flot de pus s'écoule dans le vagin. Mais nous ne parvenons pas à découvrir l'orifice de la fistule.

Les autres viscères explorés ne révèlent aucune lésion manifeste, aussi bien l'estomac que les poumons ou le cœur.

On a seulement de l'œdème mou et indolore aux deux membres inférieurs, sans cordons indurés sur le parcours des veines et sans ganglions engorgés.

La recherche de la glycosurie et de l'albumine dans les urines resta vaine. Du reste, les fonctions de miction et de défécation s'accomplissent normalement. Il n'existe donc, comme phénomènes physiologiques modifiés, que les douleurs et l'excrétion de liquide purulent par le vagin. Jamais de métrorrhagie.

Le 23 décembre, une ponction fut pratiquée avec l'aspirateur Potain dans la région iliaque droite; ponction qui laissa sortir un demi-verre de liquide rougeâtre, visqueux, contenant des flocons de fibrine, et rien de plus.

Janvier 1881. La malade, de plus en plus affaissée, dans un état d'anxiété respiratoire incessant, sans présenter de symptômes nouveaux ne tarda pas à succomber (le 5 janvier à 8 heures du matin).

Les derniers jours, avec un peu de congestion pulmonaire et de submatité aux deux bases, sans signes certains d'épanchement pleural, on note un œdème généralisé à toute la moitié inférieure du corps, toujours sans urines albumineuses ni autres manifestations d'intoxication urémique.

AUTOPSIE faite le 6 janvier (24 heures après la mort).—La petite nodosité sous-cutanée abdominale est dès l'abord énucléée et incisée : son aspect est blanc-jaunâtre, sa consistance très molle, friable, fait à première vue songer à de l'encéphaloïde.

L'*abdomen* ouvert montre un épanchement ascitique, rougeâtre, d'assez grande abondance, répandu sur les parties latérales, tandis que sur la ligne médiane bombe une tumeur très volumineuse, des dimensions environ d'une forte tête d'adulte, remontant des profondeurs du bassin jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est recouverte par d'épaisses fausses membranes très vasculaires et par le grand épiploon qu'on reconnaît à peine. La péritonite n'est d'ailleurs pas localisée au voisinage de la tumeur, mais occupe la cavité tout entière et fixe les divers viscères entre eux ou bien aux parois : foie, rate, anses intestinales, et forme des loges où s'est enkysté le liquide de l'ascite.

La tumeur est mollassse et se laisse déchirer lorsqu'on veut la séparer des parties qui l'entourent. Isolée cependant avec assez de facilité dans toute sa portion sus-pelvienne, elle est beaucoup plus adhérente au-dessous du détroit supérieur. En la débarrassant à l'aide du couteau de ses dernières attaches, on fait la section d'une poche renfermant une masse filamenteuse du volume du poing, constituée par un tassement de cheveux au milieu desquels sont englobés des détritrus blancs et caséeux d'odeur infecte. Il nous semblait d'abord que cette masse n'était autre qu'un égagropile contenu dans l'intestin, mais l'examen fit bientôt voir qu'il s'agissait ici d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche; et, sur les parois comme fibreuses de ce kyste, se trouvent des kystes plus petits avec des amas chondroïdes et des poils de duvet solidement implantés dans leur intérieur.

Ce kyste dermoïde à parois suppurantes, communiquant très vraisemblablement avec le vagin, formait cette masse que par le toucher on sentait dans le cul-de-sac postérieur,

et sans doute était l'origine de l'écoulement purulent continu dont se plaignait la malade.

La tumeur une fois sortie du bassin, placée sur la table, est de forme sphéroïde un peu effilée inférieurement. Elle est manifestement développée aux dépens de l'utérus dégénéré; la partie inférieure effilée est le col utérin que la dégénérescence n'a pas touché. En avant, on voit les tuniques de la vessie, en arrière du rectum, tuniques qui ne font pas corps avec l'utérus et qui, de même que le col et le vagin, ont été respectées par le néoplasme.

La coupe faite d'avant en arrière, dans le plan vertical, montre la cavité utérine légèrement augmentée de capacité, puis surmontée et entourée dans tout le segment supérieur de tissus ramollis, friables, teintés diversement de rouge et de blanc, parsemés d'îlots d'hémorrhagie. Ce qui mérite principalement qu'on insiste, c'est que les parties malades ne viennent pas jusqu'au contact de la muqueuse dont l'intégrité semble pouvoir être affirmée, bien entendu avec les réserves que commande l'attente de l'examen microscopique. Même intégrité de la partie inférieure du corps et de tout le museau de tanche.

Sur les parties latérales et postérieures de la tumeur sont les trompes. La trompe gauche est très dilatée, entièrement transformée par l'envahissement des produits nouveaux, son pavillon avec l'hydralide de Morgagni est aisément reconnaissable. En arrière, au-dessous du pavillon, l'ovaire ou mieux la portion restante du kyste dermoïde avec les caractères précédemment décrits. La trompe droite est beaucoup plus en arrière par rapport à la tumeur utérine; l'ovaire de ce côté n'est pas retrouvé.

Les organes environnants : vagin, rectum, sont intacts; d'où la difficulté d'un diagnostic précis pendant la vie.

Mais les ganglions lombaires et iliaques sont hypertrophiés, congestionnés, quelques-uns infiltrés d'une substance blanchâtre analogue à celle de la tumeur. La compression que ces ganglions devait exercer sur les vaisseaux veineux doit expliquer l'œdème des deux membres inférieurs : il n'y a pas trace en effet de coagulations dans les veines iliaques externes, ni dans la veine cave.

Le foie est, à peu de chose près, normal, pâle, légèrement grassex. La rate n'a pas subi d'altérations. Les reins sont sains, de même que les uretères, au moins dans toute la partie postérieure et supérieure à la tumeur. Nous ne pouvons les disséquer dans la dernière portion de leur trajet. L'intestin est instact dans tout son parcours. Le rachis ne semble pas atteint.

Dans la *poitrine*, peu de lésions. Pas d'adhérences des feuillets pleuraux; mais un peu de liquide citrin foncé à droite et à gauche. Les poumons ne sont qu'un peu emphysémateux vers le sommet et les bords.

Le *péricarde* est relié par des tractus fibreux peu solides au *cœur*. Celui-ci est de dimensions normales et n'offre aucune altération valvulaire ou autre appréciable.

Le *cerveau* est légèrement diffluent.

Sans donner aujourd'hui les résultats complets de l'examen histologique, nous pouvons dire déjà que la tumeur dont il s'agit dans cette observation présente, sur les préparations examinées jusqu'à présent, tous les caractères du *sarcôme*.

Examen histologique pratiqué par M. Mayor, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux. — L'examen de la tumeur faite après durcissement dans l'alcool et la gomme sur des coupes colorées au picrocarmin dénote qu'il s'agit d'un *sarcôme* fasciculé sur certains points, embryonnaires sur d'autres.

En effet, certaines régions du néoplasme sont constituées uniquement par des cellules embryonnaires qui, par places, ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse; mais, dans sa plus grande étendue, la tumeur est formée de faisceaux de fibres fusiformes que le rasoir a rencontrées tantôt perpendiculairement, tantôt parallèlement ou plus ou moins obliquement à leur plus grand diamètre.

La substance intercellulaire, peu abondante en général, se présente cependant en certains points sous forme d'amas homogènes d'aspect muqueux qui pénètrent dans l'intérieur des faisceaux et en dissocient les cellules; il y a donc tendance à la transformation en myxôme sur certaines parties de la tumeur, transformation fréquente dans les *sarcômes* de l'utérus et qu'avait déjà signalée Virchow. — En faisant des coupes portant à la fois sur la tumeur et sur la paroi utérine, on voit qu'en dehors de la tunique musculaire de celle-ci existe une épaisse couche fibreuse, due probablement à l'épaississement du tissu conjonctif sous-péritonéal. En dehors de cette zone, on voit apparaître le tissu embryonnaire qui forme la base de la tumeur; en dedans, on voit le tissu fibreux se continuer entre les faisceaux de fibres musculaires lisses de l'organe, et, par places, on rencontre à ce niveau de petits amas formés uniquement de cellules embryonnaires et qui sont, ou des nodules sarcomateux, ou des petits foyers inflammatoires.

Ces amas sont fréquemment unis les uns aux autres par

des traînées de cellules embryonnaires qui occupent l'intervalle des faisceaux fibreux.

Les vaisseaux du néoplasme sont peu abondants, constitués en certains points par une paroi homogène colorée en rose par le picrocarmin, et tapissés par des cellules endothéliales normales; ils sont au contraire en d'autres points limités uniquement par des cellules sarcomateuses.

Cet état des parois explique la présence des foyers hémorragiques nombreux trouvés dans l'intérieur de la tumeur.

5. Occlusion intestinale causée par un épithélioma, situé à la fin de l'iléon, près de la valvule de Bauhin et consécutif à la dysentérie ; par Olivier LEUBET, externe des hôpitaux.

Charpe, Alexandre, tailleur de pierres, âgé de 63 ans, entre le 9 décembre 1880 à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, n° 5, service du professeur POTAIN.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose. Dysentérie de 4 à 5 jours il y a cinq ans. Il y a six semaines, sans cause appréciable, il a été pris de douleurs dans le côté droit, au niveau des dernières côtes, et, enfin, d'une constipation qui, d'abord, céda aux purgatifs et aux lavements.

Actuellement, il se plaint d'une douleur persistante au niveau de l'ombilic; il n'a pas été à la garde-robe depuis 21 jours. Il a rendu des gaz. Le malade n'a pas eu de vomissements et il mange très peu, de peur d'exaspérer cette douleur.

A la palpation, le ventre est dur, il y a du météorisme; il n'y a pas de tumeur, quelques ganglions engorgés. Au toucher rectal, il y a une sorte de coarctation du rectum, à 10 centimètres environ au-dessus de l'anus.

Pas d'obstruction du côté du cœcum. Rien au foie. Rien au cœur ainsi qu'à l'estomac. Il n'y a pas d'amaigrissement très notable et pas d'œdème des membres inférieurs. Pendant son séjour à l'hôpital, on ne peut rendre libre cours aux matières fécales; les lavements et les purgations ne réussissent pas. Peu à peu, le malade tombe dans un état adynamique profond, faciès hippocratique, la langue et les lèvres s'encroûtent de fuliginosités et le malade meurt le 17 décembre.

AUTOPSIE faite le 19 décembre. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les signes d'une péritonite généralisée.

Les anses de l'intestin grêle sont dilatées. On ne trouve point de volvulus, mais, en soulevant le paquet intestinal,

on rencontre à la fin de l'intestin grêle, dans la dernière partie de l'iléon, au niveau de la valvule iléo-cœcale dite de Bauhin, une tumeur noirâtre, hérissée de bourgeons charnus, obstruant complètement le calibre de l'intestin à cet endroit. — Cette tumeur non fluctuante est très consistante, et quand on verse de l'eau à la partie supérieure, le liquide ne peut pas passer à travers cette tumeur. On comprend que les matières fécales n'ont pu se frayer un passage, c'est ce qui n'aurait pu arriver que dans le cas de ramollissement, de dégénérescence colloïde, par exemple, de la tumeur. — Alors, il y aurait eu le cours rétabli, probablement momentanément seulement, des matières; peut-être, cette tumeur s'était-elle ramollie déjà, quand la première fois, suivant les renseignements obtenus du malade, la constipation céda aux purgatifs.

M. Malassez, chef du laboratoire d'histologie du Collège de France, consulté par nous, a eu l'obligeance de nous dire qu'il pensait qu'il s'agissait d'une épithélioma à cellules cylindriques, qui serait survenu à la suite de la dysenterie. On sait, d'après ce que MM. Cornil et Ranvier en ont dit, que cet épithélioma débute par une hypertrophie des glandes en tube; à un moment donné, il y a destruction de la couche musculuse de la muqueuse, et les culs-de-sac pénètrent dans le tissu sous-muqueux où ils forment des cavités tapissées de cellules cylindriques, et de la paroi desquelles végètent des vaisseaux, également recouverts de cellules cylindriques, des travées et des expansions de culs-de-sac pénètrent ensuite dans les couches musculuses de l'intestin. — Cet épithélioma subit souvent partiellement ou dans sa presque totalité la dégénérescence colloïde.

M. Després fait remarquer que, dans ce cas, comme du reste dans tous les cas d'obstruction intestinale par la lésion organique, il n'y a pas eu de vomissements fécaloïdes. C'est là un élément de diagnostic auquel il attache la plus grande importance.

6. Cancer secondaire du foie. — Oblitération du canal cystique. — Obstruction cicatricielle du vagin; par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

La nommée Fontaine, âgée de 70 ans, atteinte de rhumatisme, était depuis plusieurs mois à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. CHARCOT, salle Saint-Alexandre, n° 22), avec des signes d'une affection mitrale. Nous la trouvons le 1^{er} janvier avec de l'œdème des membres infé-

rieurs et de l'ascite, avec une coloration ictérique peu intense de tout le tégument. Souffle systolique à la pointe avec dédoublement du second bruit; submatité aux deux bases des poumons et râles muqueux. Le foie n'était pas senti sous les fausses côtes, mais la pression était douloureuse dans la région.—[Le 2 janvier au soir, elle rendit dans les selles une assez grande quantité de sang, et le melaena se reproduisit jusqu'à la mort qui arriva le lendemain.

AUTOPSIE. — *Encéphale* sain. — *Poumons* gorgés de liquide spumeux aux deux bases, aucune lésion récente ou ancienne aux sommets; environ un litre de liquide citrin dans chaque plèvre,

Cœur flasque, distendu par des caillots noirs et quelques caillots fibrineux décolorés dans le cœur droit; les bords de la valvule mitrale sont rigides, infiltrés de calcaire, et elle est manifestement inapte à obturer l'orifice. Plaques calcaires sur la crosse aortique.

Le *foie* présente dans toute sa substance la coloration du foie muscade; mais, dans le lobe gauche, on trouve une masse à contours irréguliers du volume d'une grosse noix, constituée par du tissu lardacé, d'un blanc jaunâtre, ne donnant pas de suc à la pression ni au grattage. Il existe à la périphérie du même lobe plusieurs petites masses du même aspect.

On voit que la masse principale, qui comprenait le canal biliaire du lobe correspondant, se continue avec une induration lardacée et diffuse qui occupe le canal hépatique, le col de la vésicule, une partie de la paroi supérieure; il s'agit, en somme, d'un cancer du foie consécutif à un cancer des voies biliaires.

La *vésicule biliaire* a à peu près le volume d'un œuf de poule, et contient dans la partie qui avoisine le col oblitéré ne laissant pas passer le plus petit stylet une vingtaine de calculs du volume de gros pois, irrégulièrement cubiques, d'un gris blanc à la surface, mais constitués de couches concentriques de colorations variées. Le reste de la cavité est rempli par une masse butyrique, très analogue à la substance qui remplit les kystes hydatiques guéris, mais, constituée exclusivement par des débris épithéliaux, parmi lesquelles on trouve encore un certain nombre de cellules cylindriques remplies de granulations graisseuses, mais pas un seul cristal de cholestérine et pas de bile.

Intestin. Dans tout le côlon ascendant, transverse et descendant, dans le rectum, la muqueuse est fortement congestionnée, boursoufflée et ecchymotique, et cette partie

de l'intestin est remplie de sang qui forme des caillots noirs dans les parties déclives.

L'*utérus*, dont le volume ne paraît pas augmenté, contient un rayon sanguin rouge sombre moulé sur la cavité du corps, tandis que le col est rempli de mucus gélatineux. A un centimètre au-dessous du museau de tanche, les parois du *vagin* sont accolées dans une étendue de 5 millimètres environ, et soudées par du tissu de cicatrice. La portion supérieure, remplie de mucus, communique avec l'inférieure par un petit orifice qui laisse passer un stylet de trousse et est située tout à fait à gauche. Il s'agit bien là d'une adhésion cicatricielle et non d'une oblitération congénitale, car cette femme a eu plusieurs enfants.

Altération sénile des *reins* avec petits kystes à la périphérie, rien à la *vessie*, *rate* saine.

7. Calcification de la zone fibreuse de la valvule mitrale;
par Ch. FÉKÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Collé, âgée de 87 ans, ordinairement bien portante, valide, toussait depuis plusieurs jours seulement. A la suite d'une journée très froide, le 4 janvier, elle fut prise tout à coup d'une dyspnée intense avec respiration superficielle et dépassant 60 par minutes, cyanose de la face, refroidissement des extrémités, pouls petit, irrégulier, a longues intermittences. Bruits du cœur tumultueux avec intermittences, mais sans souffle appréciable. On eut à peine le temps de la transporter à l'infirmerie où elle mourut au bout d'une demi-heure, sans pouvoir donner aucun renseignement. L'urine recueillie par le cathétérisme immédiatement après la mort ne contenait pas d'albumine.

AUTOPSIE. — *Encéphale* : le cerveau, la protubérance, le bulbe, le cervelet, examinés avec soin, ne présentent aucune lésion récente appréciable à l'œil nu, sauf quelques lacunes dans les segments externes du noyau lenticulaire, des deux côtés.

La *trachée* et les grosses bronches offrent une muqueuse légèrement vascularisée, et sont remplies de liquide spumeux, aéré, non sanguinolent, non purulent. Le lobe inférieur du *poumon* gauche est fortement congestionné, mais il crépète partout et on ne trouve aucune parcelle qui ne surnage. Le *poumon droit* divisé en quatre lobes par subdivision du lobe supérieur, ne présente aucune lésion sauf une légère congestion à la base. Les deux plèvres sont absolument saines, pas une seule adhérence.

Cœur, 480 grammes, mou. L'aorte offre des épaississements athéromateux, mais sans infiltration calcaire. L'orifice aortique est suffisant, malgré l'état fenêtré des valvules qui sont d'ailleurs souples. L'orifice pulmonaire est aussi suffisant et ses valvules saines. La valvule tricuspide est souple et l'orifice ne paraît pas dilaté notablement. La valvule mitrale ne présente pas non plus d'épaississement, elle est transparente dans presque toute son étendue ; mais, au niveau de la zone d'insertion de la valve gauche et suivant la direction, il existe une calcification de 43 millimètres de long, sur 2 centimètres de largeur et 8 millimètres d'épaisseur, toute d'une pièce, ne faisant aucune saillie à la partie supérieure du ventricule où elle est recouverte directement sur quelques points par l'endocarde qui a son aspect normal. La valvule paraît s'insérer directement sur cette calcification, qui se continue à ses deux extrémités avec la zone fibreuse.

Le *foie* offre trois sillons profonds d'un centimètre environ, antéro-postérieurs sur sa convexité, et un pli transversal avec périhépatite au niveau des cartilages costaux ; mais aucune lésion.

Les *reins* ont un peu l'aspect de l'altération sénile, mais ils ne sont pas petits, le droit pèse 105 gr., le gauche 110.

Rien dans la *rate*, dans l'*utérus*, dans la *vessie*.

En présence du peu de gravité des lésions pulmonaires et en l'absence de toute autre lésion appréciable, on peut se demander si cette calcification de la zone fibreuse de la valvule mitrale n'a pas joué un rôle dans cette mort prompt.

8. Rétrécissement et insuffisance mitrale. — Rétrécissement tricuspидien ; par le D^r DU CASTEL, médecin des hôpitaux.

M. DU CASTEL présente un exemple de rétrécissement de l'orifice tricuspидien observé chez un ancien rhumatisant, mort dans le service du professeur POTAIN.

Les deux ventricules du cœur sont considérablement hypertrophiés ; du côté des cavités gauches, il y a rétrécissement mitral conique, avec infiltration calcaire des parois du cône ; fente de 12 millimètres de diamètre. L'orifice aortique mesure 8 centimètres de circonférence ; les valvules sigmoïdes présentent des franges de végétations. Les tendons des piliers sont très épaissis.

L'orifice de l'artère pulmonaire est normal (9 centimètres) ses valvules sont un peu épaissies. Les valvules tricuspидiennes, soudées ensemble, forment un cône dont l'orifice le

plus large est formé par l'anneau normal non altéré. L'orifice du sommet du cône mesure 6 centimètres et demi de circonférence ; la valvule est insuffisante. L'aorte est athéromateuse. Les viscères ne présentent pas d'altération notable.

M. RENDU dit qu'on n'observe guère le rétrécissement de l'orifice tricuspïdien que lorsqu'il existe une lésion mitrale ; la première lésion paraît résulter de la propagation de l'inflammation.

9. Gliôme de la pie-mère chez une jeune femme syphilitique. — Attaque épileptiforme avec élévation de la température. — Mort ; par V. HANOT, médecin des hôpitaux.

B.... Louise, âgée de 24 ans, entrée à l'hôpital provisoire des Tournelles le 16 décembre 1880.

La malade est profondément amaigrie, d'une pâleur extrême. Je dis pâleur ; c'est le mot vrai. Ce n'était ni la teinte bistre ou jaune-paille, ni l'aspect gris sale de la peau dans les cachexies, mais cette décoloration complète que présente certains brightiques, certains anémiques. La maladie aurait commencé il y a six semaines à peine, mais Marie B... ajoute qu'elle n'a jamais été robuste et que, depuis plusieurs mois, elle est tout à fait débile.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital, elle s'enrhuma, dit-elle. Avec la toux, elle avait chaque soir de la fièvre précédée de frissonnements et des sueurs toute la nuit. L'appétit disparut ; les forces diminuèrent rapidement. C'est alors que la malade s'est fait admettre à l'hôpital.

A l'auscultation, râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons ; çà et là quelques râles sous-crépitaux, n'affectant aucun maximum ni aux bases, ni aux sommets. Pas de souffle, pas de retentissement ni de la voix, ni de la toux. Pas de modification appréciable de la sonorité en aucun point de la poitrine. Expectoration muco-purulente peu abondante.

Rien d'anormal en ce qui concerne le cœur. Pas de souffle anémique, ni à la région précordiale ni au niveau des gros vaisseaux du cou. Le pouls est régulier, petit, accéléré. — Le foie et la rate ont le volume ordinaire. La langue est humide, normale ; le ventre n'est pas ballonné.

L'anorexie persiste avec la fièvre vespérale. On prescrit : Julep gommeux avec 30 grammes de sirop de Tolu et deux grammes d'extrait de quinquina, bouillon, lait.

Pendant huit jours environ, la situation ne se modifia pas

sensiblement. A l'auscultation, on trouve les mêmes râles; et on note de plus cette particularité que les râles sous-crépitants sont très mobiles, ne font pour ainsi dire que passer sur un point pour se porter bientôt vers un autre plus ou moins éloigné.

L'expectoration muco-purulente est parfois striée de sang. La constipation est remplacée par une diarrhée assez abondante. La température, le soir, oscillait entre 38°,5 et 39°.

26 novembre. L'urine, qui, jusque là, à un examen sommaire, n'avait rien présenté d'important à signaler, contient une notable quantité de sang. La quantité rendue dans les 24 heures n'a été que de 300 grammes environ; c'est un liquide sanguinolent où l'examen microscopique fait reconnaître la présence d'un grand nombre d'hématies.

Cette hématurie persista pendant cinq jours. Je ferai remarquer que la malade n'était pas à l'époque de ses règles, lesquelles, d'ailleurs, depuis longtemps, ne duraient qu'un jour ou deux, composées plutôt de sérosité que de sang. On mit la malade au régime lacté. Potion avec un gramme de perchlorure de fer.

Pendant l'hématurie, Marie B... n'accusa ni céphalalgie vive, ni vomissements ou nausées. Une dyspnée légère qui avait été notée dès l'entrée à l'hôpital et qui avait persisté, n'augmenta point.

30 novembre. L'urine ne contenait plus de sang, elle était plus abondante, sans dépasser 800 grammes dans les 24 heures. Le réactif de Tanret y décélait à peine un léger nuage albumineux.

Bientôt, la toux diminua; les râles disparurent presque complètement; la température, le soir, atteignait à peine 38°. Il n'y avait plus de diarrhée; l'appétit se réveillait; la face, toujours aussi pâle, était moins amaigrie.

La malade quitta malgré moi l'hôpital le 10 décembre.

Elle est admise de nouveau dans le service le 22 décembre. — L'amélioration signalée plus haut ne s'est pas maintenue. Marie B... a repris l'aspect cachectique qu'elle avait au commencement de son premier séjour à l'hôpital. Elle dit que, depuis sa sortie, elle a beaucoup souffert de la gorge et qu'elle a depuis plusieurs jours une diarrhée très abondante.

L'examen du fond de la gorge n'indique qu'un peu de rougeur de la muqueuse.

Pas de toux; rien d'important à noter à l'auscultation des poumons et du cœur. Il y a un peu de fièvre le soir, la température ne s'élevant pas au-dessus de 38°,5. — L'urine est pâle, sans traces appréciables d'albuminurie. L'anorexie

est complète. La malade ne peut prendre que du lait, auquel on ajoute de l'eau de chaux.

30 décembre. La diarrhée a complètement disparu ; l'appétit revient ; la malade dit qu'elle se sent un peu plus forte. En examinant alors Marie B.... plus minutieusement, je remarque quelques cicatrices circulaires, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ, situées à la partie supérieure de la face externe de la jambe. J'interroge de nouveau dans le sens de l'hypothèse d'une syphilis antérieure ; la malade qui avait jusque là répondu négativement, finit par avouer qu'elle a été traitée à plusieurs reprises pour des accidents syphilitiques, dont elle ne peut préciser l'origine ; qu'en août 1880, elle a été soignée dans un service de l'hôpital de la Charité, pour une angine et des plaies aux jambes qui ont laissé les cicatrices dont je viens de parler et qu'on lui avait fait prendre alors du sirop de Gibert.

3 janvier. La malade accuse une violente céphalalgie, de vives douleurs s'irradiant des tempes à la nuque et tout le long des membres supérieurs. Une cuillerée de sirop de Gibert. Dans la soirée, Marie B... est prise de mouvements convulsifs généralisés. Les crises épileptiformes se succèdent à de courts intervalles, pendant lesquels la malade reste plongée dans le coma, avec respiration stertoreuse.

6 janvier. Dans la matinée, les périodes de coma l'emportent sur les périodes convulsives qui deviennent de plus en plus rares et de plus en plus courtes. La malade est dans le décubitus dorsal. Couchée en travers du lit, les paupières entr'ouvertes, le globe oculaire porté vers l'angle supérieur et interne de l'orbite ; la face cyanosée, les lèvres recouvertes de salive écumeuse, la respiration bruyante et accélérée. T. V. 41°, 2.

Par instants, les membres et la tête s'agitent violemment et frappent le lit de coups cadencés, tandis que la malade pousse des cris perçants, ou des gémissements rauques.

Frictions avec 8 grammes d'onguent mercuriel. Le coma devient continu, la cyanose augmente ; la respiration s'embarrasse de plus en plus, et la malade succombe dans la nuit du 6 au 7 janvier sans avoir repris connaissance.

AUTOPSIE. — *Poumons* fortement congestionnés. La congestion est surtout accusée au bord supérieur. Pas de tubercules.

Ganglions du médiastin normaux. Le péricarde contient une petite quantité de liquide séreux citrin.

Volume ordinaire du cœur. Le myocarde est un peu décoloré d'une façon générale. Etat graisseux de la presque

totalité de la paroi antérieure du ventricule droit. Pas de caillots dans le ventricule gauche. Les valvules sont intactes ainsi que la face interne de la crosse aortique. Quelques caillots lamelliformes noirâtres dans le ventricule droit. Caillot grisâtre, insinué dans l'orifice tricuspide.

Le *foie* à un volume normal ; il est plus mou qu'à l'ordinaire, de teinte rhubarbe. Sur la convexité, çà et là, quelques taches blanchâtres de dégénérescence graisseuse plus accusée.

Les *reins* ont à peu près le volume normal. La capsule fibreuse adhère en certains points au tissu sous-jacent. Au-dessous de la capsule, le tissu rénal est généralement notablement décoloré, complètement blanc jaunâtre par places. Sur cette teinte pâle, se dessinent des arborisations rouge vif, représentant assez nettement en certains points le dessin de la feuille de fougère. Sur la coupe, la substance corticale, augmentée d'épaisseur, offre une teinte jaunâtre uniforme, surtout accusée dans les pyramides de Ferrein. La substance médullaire est pâle, surtout au centre vers la papille. — Pas de lésions de la rate, de l'estomac, de l'intestin, du péritoine, des ganglions mésentériques. — *Utérus* et ses annexes indemnes.

Pas d'exostoses intra-crâniennes. Pas d'épanchement intraventriculaire. Pas de foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie. Pas de méningite. Sur la face du *cerveau*, près du bord supérieur et à sa partie moyenne, au niveau du lobule paracentral gauche, tumeur du volume d'un petit haricot, grisâtre et assez molle.

Examen histologique. — M. Gombault, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, a bien voulu faire l'examen histologique de cette tumeur et m'a remis la note suivante :

La tumeur présentait deux portions séparées l'une de l'autre par un sillon ; l'une, superficielle, de consistance ferme, adhérent à la dure-mère par une sorte de pédicule fibro-vasculaire ; l'autre, profonde, en contact avec la substance cérébrale, molle, gélatineuse.

Aucune de ces portions ne donnait de suc par le raclage.

Un petit fragment fut excisé à la surface de chacune d'elles, et examiné après dissociation dans le liquide de Müller.

a) Dans la portion dure, cet examen montra l'existence : 1° de vaisseaux nombreux, volumineux, à parois épaisses, et, développées aux dépens de ces vaisseaux, un certain nombre de masses calcaires à couches concentriques ; 2° des faisceaux de tissu conjonctif ; 3° un feutrage de fines

fibrilles réfringentes, raides, non anastomosées ; 4° des cellules arrondies ou munies de prolongements très courts, parmi lesquelles un certain nombre d'éléments infiltrés de fines granulations graisseuses et constituant de véritables corps granuleux.

b) La portion *molle* est formée par un feutrage très serré de fines fibrilles et par des cellules arrondies ou fusiformes. Cette portion ne contient pas de gros vaisseaux, mais des capillaires à paroi simple et remplis de sang. Elle renferme en outre un certain nombre de fibres nerveuses fines et variqueuses.

Après un séjour de quelques jours dans le liquide de Müller, la pièce fut placée dans l'alcool, puis, un peu plus tard, durcie par la gomme et l'alcool et examinée à l'aide de coupes.

Le pédicule est formé par des faisceaux de tissu conjonctif dense et des vaisseaux volumineux dont les parois sont absolument saines.

La portion superficielle ou dure de la tumeur est assez nettement limitée à la surface par une couche de tissu conjonctif adulte, renfermant des vaisseaux volumineux (artères et veines), dont la paroi est saine. De distance en distance, la régularité de cette surface est interrompue par des faisceaux fibreux de gros diamètre, qui y prennent insertion et relient la tumeur à la dure-mère (Au voisinage du pédicule).

Au-dessous de cette couche fibro-vasculaire, on rencontre le tissu propre de la tumeur, apparaissant à un faible grossissement comme formé par des îlots de substance très claire circonscrits par des travées de tissu conjonctif. Ces travées se relient les unes aux autres, les grosses ou de premier ordre donnant naissance à des travées de second, de troisième ordre, etc., les îlots sont de forme arrondie et de volume très inégal. Sous l'action du pinceau, ce tissu disparaît complètement, les travées conjonctives demeurent seules et la coupe prend un aspect aréolaire rappelant grossièrement celui d'une coupe du poumon, avec cette différence que les parois des alvéoles qui, du reste, sont ici de dimensions inégales, sont encore recouvertes par un fin chevelu fibrillaire, au lieu d'être limitées par un bord net. Du reste, quel que soit le sens suivant lequel est pratiquée la coupe, celle-ci présente toujours le même aspect.

D'une façon générale, chaque travée se compose d'une portion médiane formée de tissu conjonctif lâche et contenant des vaisseaux remplis de sang, et de deux portions latérales, en rapport immédiat avec les deux cavités voi-

sines que sépare la travée. Celles-ci sont formées par un feutrage de fibrilles très fines englobant des éléments cellulaires, lequel semble résulter de la condensation du tissu qui remplit la cavité et avec lequel il se continue. Le contenu de la cavité varie d'aspect, suivant qu'on examine une coupe, pratiquée après l'action de l'alcool seul ou après durcissement par la gomme et l'alcool. Dans le premier cas, on observe une masse à peu près informe constituée par des cellules à prolongements courts, englobées soit dans une masse grenue, soit dans un feutrage de fibrilles fines. Dans l'autre cas, on observe un tissu raréfié surtout au centre de la cavité, et paraissant essentiellement constitué par des cellules à prolongements multiples et anastomosées à la façon des cellules du myxôme.

A mesure qu'on s'approche de la face profonde de la tumeur, les cavités deviennent plus étroites, moins régulièrement arrondies, et leur contenu est presque exclusivement formé de cellules tassées les unes contre les autres.

Une ligne de démarcation tranchée existe entre cette première portion et la seconde qu'il reste à décrire. Celle-ci est d'aspect beaucoup plus homogène, et essentiellement constituée par un tissu d'aspect grenu, sur certains points, formé de fibrilles distinctes sur d'autres, mais toujours disposé de façon à représenter un réticulum dans lequel sont semés sans ordre des éléments cellulaires, rares, ou abondants suivant les points ; cette masse, dont on ne peut mieux comparer l'aspect qu'à celui de la couche superficielle des circonvolutions, pénètre à une certaine profondeur au centre de la tumeur, et, à ce niveau, elle est séparée de la première portion par une couche de tissu conjonctif adulte, servant de support à des vaisseaux volumineux, de structure normale, parmi lesquels les artères prédominent.

En résumé, la tumeur présente deux portions : une portion cérébrale et une portion méningée. La première offre la structure du tissu de la névroglie, la seule question serait de savoir s'il s'agit ici d'une véritable tumeur, ou bien d'un processus inflammatoire chronique développé dans la substance cérébrale, au voisinage de la tumeur méningée.

Le siège et la nature de la portion méningée peuvent être envisagés de la façon suivante. Pour ce qui est du siège, l'intégrité de la dure-mère, la présence à la surface de la tumeur de tendons arachnoïdiens, permettent de le localiser dans l'épaisseur de la pie-mère, et très probablement au niveau d'un point où cette membrane s'enfonce entre deux circonvolutions.

Quant à la nature, malgré la structure alvéolaire de la tumeur, on doit éliminer l'idée de carcinôme pour les raisons suivantes: absence de suc à l'état frais; nature du contenu des alvéoles manifestement constitué par un véritable tissu organisé, et non par une agglomération de cellules indépendantes de la paroi, sans cohésion les unes avec les autres, de volume variable, de la constitution même des travées conjonctives circonscrivant les alvéoles.

En tenant compte de la constitution du tissu situé dans l'intérieur des cavités, on doit rapporter la tumeur au groupe des néoplasmes formés par le tissu conjonctif. On peut éliminer l'idée d'un psammôme où les rares angiolithes qu'on y rencontre sont insuffisants pour caractériser la tumeur.

En faveur d'un myxôme, on peut invoquer l'aspect des coupes obtenues après durcissement par la gomme et l'alcool, coupes qui donnent l'apparence d'un réseau de cellules anastomosées, mais le résultat des dissociations et l'examen des coupes après l'action de l'alcool seul montrent que cette disposition s'est produite par le fait de la rétraction du tissu sous l'influence d'un durcissement trop énergique, et que celui-ci est, en réalité, constitué par des fibrilles entrecroisées et par des cellules rondes ou à prolongements courts. C'est donc, en définitive, à l'idée d'un gliôme qu'on doit ici s'arrêter.

Il reste à expliquer l'aspect alvéolaire que présente le tissu de la tumeur.

Or, cet aspect est dû probablement au mode de disposition normale du tissu dans lequel celle-ci s'est développée. On a vu, par la description qui précède, que la partie moyenne des travées conjonctives offre l'aspect et la structure du tissu normal de la pie-mère, et qu'elles supportent des vaisseaux de structure normale. On peut donc se demander s'il ne s'agit pas ici simplement d'un gliôme ayant végété dans les mailles de la pie-mère, et les ayant distendues de la même manière que cela s'observe dans la méningite aiguë, où l'exsudat fibrino-purulent, en s'infiltrant dans l'épaisseur de la membrane, donne naissance à une disposition analogue.

Cette manière de voir est d'autant plus admissible que les mailles de la pie-mère peuvent être assimilées à des cavités lymphatiques et que, d'autre part, certains auteurs (Lancereaux, *Traité d'anatomie pathologique*) envisagent le gliôme comme un néoplasme de même nature.

RÉFLEXIONS. — L'analyse clinique avait détaché d'un

ensemble assez confus et avait mis en lumière deux éléments qui parurent, de prime abord, très significatifs : d'une part, syphilis constitutionnelle, altération rénale d'autre part. Il semblait que, de là, dussent découler tout naturellement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La cachexie avait toute raison d'être, et, sur ce point, il ne restait qu'à discuter la question assez secondaire de savoir si la néphrite était liée étroitement à la syphilis, si elle en était indépendante.

Quoi qu'il en soit, lorsque la crise épileptiforme éclata, deux seules suppositions se présentèrent à notre esprit : c'était ou une éclampsie urémique, ou une attaque épileptiforme symptomatique d'une lésion cérébrale syphilitique.

L'élévation considérable de la température pendant l'attaque ne s'accordait pas avec la première hypothèse, puisque, comme l'a établi le Dr Bourneville, l'éclampsie urémique coïncide ordinairement avec un abaissement de la température. Sans doute ce n'est là qu'une loi clinique, et les lois cliniques laissent d'ordinaire une bonne part à l'exception. Tout récemment encore, le professeur Renaut (*Arch. de Physiol.*, 1881) publiait un cas d'éclampsie urémique dans le cours de la dothiériémie, où la température se maintint entre 39° et 40°. Ces exemples où l'accès épileptiforme, bien que développé chez un individu atteint de néphrite, n'est pas cependant subordonné à la lésion rénale, mais à d'autres conditions coexistantes ; ces exemples qui semblent indiquer une sorte d'antagonisme thermique, et où la dérogation à la loi de M. Bourneville n'est probablement qu'apparente, ces exemples, dis-je, sans être absolument rares, sont exceptionnels, mais la clinique ne se fait pas avec les exceptions, et je devais écarter la supposition d'une urémie convulsive. Restait donc l'hypothèse d'une tumeur cérébrale ? Toutes les présomptions étaient en faveur d'une tumeur syphilitique.

Tout cela semblait logiquement déduit ; et cependant tout cela n'était exact qu'à moitié. Il y avait bien tumeur cérébrale, mais la tumeur était un gliôme de la pie-mère.

L'erreur a été commise en vertu d'un raisonnement habituel aux cliniciens, juste le plus souvent, mais qui se trouve quelquefois en défaut. Toute tumeur qui se développe chez un syphilitique est de nature syphilitique, tout

accident morbide qui survient chez un tuberculeux ou un cancéreux est supposé à priori de nature tuberculeuse ou cancéreuse. Et cependant, il arrivera quelquefois qu'une complication pulmonaire, au cours d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac, sera de nature tuberculeuse, qu'une lésion cérébrale chez un tuberculeux n'aura rien du tubercule, qu'un syphilitique sera enlevé par un cancer des méninges. La règle veut que les manifestations d'une diathèse soient toutes de même famille, mais les emprunts ne sont pas interdits entre les diverses diathèses. Toutes les diathèses ont un lien commun, le trouble de la nutrition, et ce lien suffit à expliquer ces remplacements, ces permutations.

Je ferai encore remarquer une autre particularité de mon observation :

On pourra s'étonner qu'une si petite tumeur, qu'une si petite cause ait eu un si grand effet, qu'une si petite tumeur ait eu pour première manifestation une attaque convulsive de la plus grande intensité et rapidement mortelle. Il me semble que les conséquences d'une tumeur cérébrale ne découlent pas seulement de son siège, de son étendue, de sa structure, des lésions voisines ; l'état préalable du cerveau lui-même est à considérer. Il est vrai que cette estimation ne doit pas être toujours facile à établir ; ici, elle est possible jusqu'à un certain point.

On peut faire d'abord intervenir l'état de débilité, de faible résistance de l'encéphale chez une malade aussi cachectisée ; on peut aussi invoquer la lésion rénale, puisqu'alors il n'est pas défendu de supposer que l'encéphale était dans cet état particulier d'imprégnation, de modification qui, chez les brightiques, finit par aboutir à l'urémie convulsive. C'était là un appoint qui devait exagérer l'action de la tumeur. Aussi n'a-t-elle pu atteindre un volume plus considérable et a-t-elle produit avant le temps son summum d'effet sur un encéphale déjà préparé. Ces combinaisons morbides expliquent en partie la complexité des phénomènes cliniques.

Séance du 14 janvier 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

10. Absès périnéphrétique ouvert dans la plèvre droite. — Pleurésie purulente. — Empyème. — Mort; par DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

La nommée X... a longtemps habité la Suisse où elle a toujours été bien portante. Elle fait remonter à 9 mois le début de sa maladie. A cette époque, dit-elle, elle fut prise de douleurs articulaires dans l'épaule à la suite d'un refroidissement; ces douleurs ont disparu depuis.

Sa santé paraissait complètement rétablie lorsqu'elle fut prise, il y a quelques jours, d'une douleur de côté très vive à droite. En même temps, l'appétit diminua, les nuits devinrent agitées. Le soir, elle avait de petits accès de fièvre assez irréguliers. Jamais cette malade n'a eu de coliques hépatiques. Jamais d'œdème des jambes. Nous ne trouvons pas d'albumine dans les urines.

L'examen du foie nous fait constater une augmentation considérable du volume de ce viscère. Celui-ci déborde de 7 à 8 travers de doigts le rebord des fausses côtes; nous ne découvrons à sa surface aucune trace de bosselures. La pression en ce point ne provoque aucune douleur. On ne sent point de fluctuation. Jamais la malade n'a eu d'ictère. Son teint est un peu jaunâtre et cachectique.

Au niveau de l'échancrure costo-iliaque, on trouve un peu d'empatement; mais, il y en a peu, et l'impression du doigt persiste à peine.

Traitement; 6 ventouses scarifiées sur le point douloureux.

15 novembre. La douleur a persisté assez longtemps sans être modifiée par les ventouses. Elle a continué jusques avant-hier. Aujourd'hui, elle a disparu.

17 novembre. Douleur au creux épigastrique : le foie est toujours gros et la langue assez sale.

Du 22 au 26 novembre. La malade n'éprouve aucun malaise : le soir, elle se plaint d'un léger mouvement fébrile.

28 novembre. Pendant la nuit, vers minuit, tout à coup, la malade se réveille en étouffant; c'est à peine si elle peut appeler à voix basse la veilleuse; en même temps, pâleur extrême, refroidissement, sueurs profuses et suffocation (sirop d'éther et sinapismes). — A la visite du matin, nous la trouvons couchée sur le côté droit, pouvant à peine parler, étouffant chaque fois qu'elle se déplace. Le pouls marque 138. La respiration et les battements du cœur sont très précipités. Du côté droit, les vibrations thoraciques sont complètement abolies, la respiration est tout à fait nulle, la matité absolue sans égophonie ni souffle. A gauche, au contraire, respiration sonore, retentissante, puérile, la poitrine parfaitement sonore; d'aucun côté nous n'entendons de souffle amphorique, ni de tintement métallique. Toux sèche, quinteuse, revenant sans cesse. Injection de 2 gouttes de morphine toutes les 2 heures. A 4 heures du soir, nous la trouvons très oppressée; la morphine seule la calme un peu, la toux quinteuse reparait sans cesse, les lèvres sont bleuâtres.

Vers 8 heures, la dyspnée augmente, râles nombreux et humides de la poitrine. Somnolence. Le refroidissement fait des progrès. En présence de ces menaces pressantes d'asphyxie, nous pratiquons la thoracentèse. Il sort environ 459 gr. d'un pus rougeâtre très épais qui s'écoule goutte à goutte. Aussitôt après, nous constatons un soulagement très notable, un peu de respiration soufflante au sommet de la plèvre. Enfin, la malade commence à respirer quoiqu'il lui soit difficilement. La peau est moite, le pouls fréquent, petit et régulier.

Continuation de la morphine en injections (2 gouttes toutes les 2 heures).

30 novembre. La respiration étant encore très gênée, M. Moutard-Martin se décide à pratiquer l'empyème. L'opération ne présente aucune difficulté. Il s'écoule environ un litre 1/2 de pus rougeâtre. L'introduction du doigt dans la plaie fait constater une augmentation considérable d'épaisseur de la paroi. On laisse des drains dans la plaie, que l'on recouvre ensuite d'une épaisse couche d'ouate phéniquée. Température 38°,6, prise dans le vagin. Il est fort probable que la cause de cette plaie purulente était un kyste suppurant du foie, car ce viscère a repris presque complètement sa position normale.

2 décembre. La respiration est redevenue régulière, normale; le pouls est régulier, lent. La plaie a bon aspect et n'a pas d'odeur. Lavages 2 fois par jour avec 2 litres de la solution suivante : Eau, 1000 gr. Alcool phéniqué au 1/40

30 gr. — Pouls, 108. Les urines ne renferment pas d'albumine. T. 38°,6.

3 décembre. Expectoration très fréquente, très abondante. Les crachats ne renferment aucune trace d'albumine. T. 38°,9 le matin; 39°,2 le soir.

4 décembre. Le liquide qui s'écoule par le drain est épais, très odorant, coule goutte à goutte. Nous augmentons la proportion d'acide phénique au 40° (environ 1/2 verre par litre.) T. 38°,6 le matin; 39°,4 le soir.

5 décembre. Le matin, T. 40°,4; le soir, T. 38°,4. Écoulement purulent constant, fétide. Les tubes se bouchent. Nous sommes obligés de les retirer pour les vider et les remettre en place.

6 décembre. Le soir, T. 39°,8 dans le vagin.

7 décembre. Le soir, T. 37°,4 dans l'aisselle.

8 décembre. T. 38°,2 dans le vagin (matin).

9 décembre. T. 38°,6 le matin; T. 39°,8 le soir.

10 décembre. L'orifice a une grande tendance à s'oblitérer; M. Moutard Martin introduit de l'orifice pleural 3 tubes en caoutchouc au lieu de 2.

11 décembre. Écoulement excessivement fétide, d'odeur urineuse et ammoniacale.

12 décembre. T. 38°,6 le matin, 38°,4 le soir.

13 décembre. T. 38°. — Nous faisons 3 lavages par jour à cause de l'odeur qui est extrêmement fétide. Pour agrandir l'orifice, nous introduisons dans la plaie un cône d'éponge préparée.

14 décembre. L'écoulement se fait bien.

15 décembre. Écoulement purulent très abondant, sans odeur.

16 décembre. Au moment où nous faisons pénétrer le soir l'injection dans la plèvre, la malade est prise subitement de convulsions cloniques de la face avec déviation conjuguée des deux yeux, à droite; le bras et la main droite s'agitent convulsivement. La main gauche éprouve également des secousses assez fortes: la respiration devient haletante; quelques moments après, délire assez bruyant: la température prise aussitôt, marque 39°,4. — Le pouls est misérable. Une heure après, le calme reparait et la malade s'endort tranquillement.

17 décembre. Les urines ont leur couleur normale, ne présentent aucune trace d'acide phénique. M. Moutard-Martin attribue les accidents de la veille à la distension trop brusque de la plèvre par le liquide injecté.

18 décembre. Nous remplaçons de l'éponge préparée.

19 décembre. Le foie a complètement repris sa place.

23 décembre. Les nuits sont très mauvaises, sans sommeil : la malade s'agite et se plaint.

24 décembre. Le pus qui s'échappe de la plaie est peu abondant, mais très fétide.

25 décembre. Continuation des lavages phéniqués : nettoyage fréquent des tubes.

26 et 27 décembre. Souffle amphorique et respiration amphorique considérables sous la clavicule droite : sueurs très abondantes ; la respiration est gênée. Râles trachéaux et râles pulmonaires très nombreux du même côté. L'asphyxie est imminente. La faiblesse de la malade est telle qu'elle ne peut plus parler. A chaque nouveau pansement, il faut la soutenir et elle menace de tomber en syncope.

28 décembre. La malade succombe vers neuf heures du matin.

AUTOPSIE. — Ouverture de la cage thoracique, large fenêtre intéressant les 8 ou 10 dernières côtes jusqu'à la ligne axillaire. Les *poumons* sont fortement éloignés de la plèvre et tapissés de fausses membranes peu épaisses. Les gaz sont très abondants dans la plèvre. — Le *diaphragme* ne paraît pas perforé. Le *foie* est volumineux, jaune et très gras. — Il est fortement repoussé en avant et en bas, de telle sorte qu'il déborde les fausses-côtes de 3 centimètres environ. Nous ne trouvons absolument rien dans le lobe gauche. A la face postérieure du lobe droit, en avant du rein qui est fortement comprimé et reporté en arrière, nous trouvons un foyer purulent assez abondant de 10 centimètres de large sur 15 de haut, limité par le diaphragme qui est en ce point adhérent à la plèvre. Ce foyer est anfractueux, tapissé de fausses membranes épaisses dont quelques-unes sont sphacélées ; le foyer est enkysté aux dépens de la paroi postérieure du foie et de la face antérieure du rein qui sont fortement épaissis. Mais nous ne trouvons nulle part dans le lobe droit de traces du kyste *hydatique* soupçonné. Pas de calculs ni de graviers dans le foyer.

Nous n'avons pu découvrir le pertuis qui faisait communiquer le foyer périnéphrétique avec la plèvre. Le *rein* nous a paru parfaitement sain à la coupe. — Le cœur, l'estomac et les intestins n'ont rien présenté de spécial.

11. Absès du cerveau ; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

Un homme de 30 ans entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. BUCQUOY, le 24 décembre 1880, avec des symptômes mal accusés qui rappellent ceux d'une fièvre typhoïde anormale.

Depuis quelques jours, il est affaîssé et abruti comme au début d'une fièvre continue. Il a une diarrhée abondante, un grand mal de tête, quelques taches rosées mal caractérisées sur le ventre et dans le dos; pas d'épistaxis et une température qui ne s'élève pas au-dessus de 37°,6.

Les jours suivants, l'état cérébral ne fait que s'aggraver. Le malade est toujours somnolent, dans un demi coma et répond avec peine. Il affirme cependant que la maladie dont il est atteint a débuté spontanément, qu'il n'est pas tombé sur la tête, qu'il n'a pas reçu de coups et que, toujours, jusqu'alors, il avait été d'une santé excellente.

Le 1^{er} janvier 1881, la céphalalgie persiste; non seulement il n'y a pas de fièvre, mais la température tombe au-dessous de 37° et même à 36°. Il y a un ralentissement remarquable du pouls et de la respiration. Pas d'anesthésie ni de paralysie. L'abrutissement est encore plus marqué que le premier jour; la diarrhée est toujours aussi abondante.

Le 8 janvier apparaissent des phénomènes de démence proprement dite. Le malade se lève à plusieurs reprises et fait ses excréments dans la salle. Quand on l'a recouché, il retombe dans son état de torpeur et d'affaîssement intellectuel.

Il meurt dans la nuit du 9 au 10 janvier 1881.

AUTOPSIE. — On trouve une congestion très intense et véritablement asphyxique des poumons, du foie, de la rate et des reins. Tous ces organes sont gorgés de sang noir.

La muqueuse du cœcum est rouge, injectée, et présente quelques ulcérations superficielles. Ces lésions rendent compte de la diarrhée abondante dont le malade était atteint, et qui vraisemblablement était attribuée à une typhlité ulcéreuse.

Dans le lobe frontal droit du *cerveau*, à la partie antérieure, on trouve un abcès du volume d'une petite orange, parfaitement enkysté, recouvert, en avant, par une mince lame de substance cérébrale et s'étendant, en arrière, jusqu'au voisinage du corps strié, sans l'atteindre. Le pus de cet abcès est épais, verdâtre et bien lié, non fétide.

Il n'y a pas d'autre lésion encéphalique.

12. Abscès multiples du foie, simulant des abcès métastatiques : par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

Marie C....., âgée de 65 ans, est entrée dans les derniers jours de décembre 1880, à l'hôpital Cochin, service de M. Bucquoy.

Elle se plaint de douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, douleurs que la pression exaspère. Elle présente une légère teinte jaune subictérique, mais pas d'ictère proprement dit. Vomissements, anorexie, fièvre et frissons, langue sèche. La malade meurt le 9 janvier 1881, avec un peu de pleurésie secondaire à la base droite.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé des *abcès multiples du foie* de volumes différents, qui présentaient tout à fait l'apparence des abcès métastatiques ; mais, dans aucun organe il n'y avait de lésion dans laquelle on pût voir le point de départ d'une infection purulente. Pas de plaie cutanée, pas d'ulcération de la muqueuse gastro-intestinale ; pas d'hémorroïdes ni d'affection du rectum ou de l'anus. — J'ajoute qu'il n'y avait pas de lithiase biliaire, et que tous les autres organes étaient sains. Il est néanmoins probable que ces abcès étaient sous la dépendance d'une infection dont nous n'avons pu trouver l'origine.

13. Cancer du rein droit et du péritoine ; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

Un homme de 50 ans, malade depuis six mois environ, meurt le 12 janvier 1881 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy.

Ce malade était depuis longtemps dans le service, où il était entré pour des douleurs de ventre et des troubles digestifs. Il vomissait très fréquemment, avait des alternatives de diarrhée et de constipation, maigrissait rapidement, et était bientôt devenu cachectique au point de ne plus pouvoir sortir de son lit.

A la palpation, on trouvait dans la cavité abdominale, à peu près au niveau de l'ombilic et à droite de la ligne médiane, une tumeur volumineuse, bosselée, bien délimitée, manifestement indépendante de l'estomac. On avait, dès le début, porté le diagnostic de cancer de l'épiploon.

Le malade fut pris, le 5 janvier, d'un érysipèle secondaire de la face, et, deux jours après, d'une lymphangite érysipélateuse de l'avant-bras gauche et du dos de la main. Il succomba à cette complication le 12 janvier.

L'examen de l'urine, pratiqué seulement après le début de l'érysipèle, avait révélé la présence d'une petite quantité d'albumine. Mais, jamais ce malade n'avait eu d'hématurie ni de troubles de la miction.

AUTOPSIE. — Indépendamment du cancer généralisé du péritoine qui avait été diagnostiqué pendant la vie, on trouva un *cancer du rein droit* (carcinôme encéphaloïde comme la tumeur péritonéale). Ce cancer avait manifestement son *point de départ dans le bassin*, au niveau de l'embouchure de l'uretère. Il avait envahi les *calices* et les *pyramides* et s'était arrêté à peu près aux limites de la substance corticale. L'organe, dans son entier, était doublé de volume.

L'autre rein et la vessie étaient absolument intacts. Le pancréas avait subi une dégénérescence cancéreuse de même nature que celle du rein et du péritoine. Il y avait, sur la face inférieure du foie, un petit noyau de cancer par propagation, au niveau du contact de l'extrémité supérieure du rein droit.

Aucune lésion importante à signaler dans les autres organes.

14. M. ASSAKI montre une *tumeur kystique* développée au niveau de la 6^e côte, qu'il pense être un kyste développé dans la glandes sudoripares.

M. HOUEL dit que cette tumeur ne ressemble pas aux tumeurs décrites par M. Verneuil.

M. RECLUS fait remarquer qu'on peut tirer de quelques-unes des cavités de la tumeur des concrétions qui la font plutôt ressembler à une angiôme dégénéré.

15. Rétrécissement simple de l'estomac ; par J. GIROU, interne des hôpitaux.

La nommée Vieilfont, Louise, âgée de 59 ans, entre le 19 juillet 1880, salle Sainte-Agathe, n° 8, dans le service de M. DUJARDIN BEAUMETZ, pour des troubles dyspeptiques déjà anciens. Elle séjourne dans le service jusqu'à sa mort, le 11 janvier 1881, présentant les phénomènes suivants: La malade est pâle, profondément amaigrie. Quoiqu'elle se cachectise très rapidement, elle ne présente pas le teint jaune paille des cancéreux. Elle ne souffre pas, mais elle ne peut pas manger, et elle vomit rapidement les aliments ; elle dit mé-

me avoir eu, avant son entrée à l'hôpital, des vomissements et des selles noirâtres ; mais elle ne présente jamais rien de semblable pendant tout le temps de son séjour dans la salle.

Les vomissements, pendant ces six mois, ont été uniquement alimentaires ; quotidiens les premiers temps de son séjour à l'hôpital, ils s'étaient éloignés peu à peu, et avaient presque complètement disparu les dernières semaines de sa vie. Les selles, rares au contraire au début, étaient devenues diarrhéiques dans les derniers jours.

Ces changements ne peuvent s'expliquer par une modification de son régime : au début, elle a été mise au régime lacté ; mais elle n'a jamais pris plus d'un litre de lait par jour, et, au bout de quelques jours, elle a cessé d'en boire. A la fin, elle mangeait, dans la journée, la moitié d'une côtelette, et quelques légumes, buvait son vin avec plaisir, et ne voulait plus de lait.

Le ventre était fortement rétracté à travers les parois rigides, on ne percevait aucune tumeur, et la palpation était complètement indolore. L'état cachectique dans lequel elle se trouvait, faisait des progrès tous les jours, elle est morte le 11 janvier.

AUTOPSIE. — Toutes les lésions sont localisées dans le tube digestif.

L'estomac est fortement rétracté, et nullement dilatable, sans déchirures. Il présente à peine une longueur de 15 à 16 centimètres de la grosse tubérosité à la petite.

Il est dirigé transversalement, sa grande et petite courbure sont représentées par leur ligne droite allant en convergeant, sans même esquisser la petite tubérosité. La grosse tubérosité a des parois fort minces et pourrait à peine contenir un petit œuf de poule.

Les parois sont assez épaissies ; mais, indépendamment de la part qui revient dans cet épaississement à la rétraction des parois, on constate qu'il est dû, en grande partie, à la tunique muqueuse qui s'est plissée longitudinalement, et qui forme ainsi à l'intérieur, de nombreuses parties irrégulières. Elle a du reste sa coloration normale. En aucun point, on ne trouve d'épaississement local, d'induration pouvant faire penser à une muqueuse ou à quelque autre néoplasie.

L'anneau pylorique est très prononcé. L'œsophage est également diminué de calibre dans sa partie inférieure surtout. Le duodénum et tout l'intestin grêle sont également rétractés, mais dans des proportions bien moindres. Le gros intestin est de volume normal.

Le foie est petit, mais de couleur et de consistance normales. — En aucun point des autres viscères, de l'encéphale ou de la colonne vertébrale, on ne trouve de causes ou d'affection d'une nature quelconque.

16. M. GEFRIER présente le *moignon* d'un homme auquel M. Guyon avait fait l'amputation sus-malléolaire, par son procédé, un an auparavant, pour une tumeur blanche tibio-tarsienne. Ce moignon présente une cicatrice antérieure, à l'abri de toute pression pendant la marche. Une section verticale antéro-postérieure du moignon montre que l'adhérence du lambeau, à l'extrémité sectionnée du tibia, est parfaite, et que ce lambeau dont l'épaisseur moyenne dépasse deux centimètres, forme un excellent coussin pour supporter le poids du corps.

M. FÉRÉ dit qu'il a vu un excellent résultat de ce procédé d'amputation. Un charretier, amputé aussi par M. Guyon, s'était livré sans gêne à sa profession et n'avait éprouvé aucune douleur depuis 2 ans. Il avait pour tout appareil prothétique un tampon mou dans son soulier.

17. Gangrène pulmonaire consécutive à une phthisie laryngée ; par M. Adhémar ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé Sév..., garçon de recette, âgé de 44 ans, est entré à la Maison Dubois, service de M. LECORCHÉ, le 28 novembre 1880, pour y être traité d'une phthisie pulmonaire et laryngée. Je n'ai sur ce malade que des renseignements cliniques incomplets. Pendant le temps où je l'ai observé, c'est-à-dire depuis le 1^{er} janvier 1881, il était aphone, et avait des troubles de la déglutition très marqués : il se plaignait souvent d'avaler de travers, ce qui lui occasionnait de violentes quintes de toux.

Il mourut le 12 janvier 1881 au soir, n'ayant été obligé de garder le repos absolu au lit, que pendant deux jours, et sans que son haleine ait jamais présenté d'odeur fétide.

AUTOPSIE. — La cavité du larynx présente des deux côtés, entre le bord libre des replis arythéno-épiglottiques et les cordes vocales supérieures, une ulcération de la largeur d'une pièce de vingt centimes, à bords irréguliers et taillés à pic, à fond grisâtre. Les replis arythéno-épiglottiques sont épaissies, indurés. La corde vocale inférieure gauche est ulcérée dans une grande partie de son étendue. L'épiglotte est saine ainsi que le reste de l'étendue du larynx.

Les deux plèvres présentent quelques adhérences aux sommets. De plus, dans leurs deux tiers inférieurs, les deux feuilles de la plèvre gauche sont unis par un exsudat fibrineux qu'une traction légère suffit à rompre.

Les deux poumons sont infiltrés de tubercules, plus abondants aux sommets, dont le volume varie d'un grain de millet à un pois. Aux sommets seulement, quelques-uns d'entre eux sont en voie de ramollissement.

En outre, on trouve à la partie moyenne de la base du poumon gauche, un foyer circonscrit de gangrène pulmonaire superficielle. Ce foyer a le volume d'un œuf environ. Il est d'un gris sale ainsi que la partie de la plèvre qui le recouvre. A la coupe, il offre une odeur gangréneuse caractéristique. Sa forme est irrégulière, se rapprochant de celle d'un cône. Il commence à se ramollir au centre, qui laisse écouler une sanie putride. A la limite du foyer, les parties saines du poumon sont le siège d'une inflammation peu intense sur une petite étendue. Malgré une recherche attentive, je n'ai pu trouver de parcelles alimentaires dans les bronches qui se rendaient au foyer gangréneux.

OBSERVATIONS. — Cette gangrène me paraît avoir une origine alimentaire. Il est probable qu'elle a été causée par le passage dans les bronches d'une parcelle d'aliments. Dans les observations de phthisie laryngée terminée par gangrène, toujours l'épiglotte était ulcérée. Ce cas se distingue en ce que l'épiglotte était intacte.

18. M. Garcia LAVIN montre un cas d'aphasie avec hémiphégie droite et lésion corticale classique.

19. Note sur le microbe de la diphthérie; par CH. TALAMON, ancien interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de montrer à la Société le microbe que je suppose être l'organisme spécifique de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mes cultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne,

M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou rendues par la canule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin ; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit ; tous sont des cas d'angine toxique, de diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux ; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et, pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière-gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque malade. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodesmus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tilletia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandonné le *zygodesmus*, ni au *microsporon* de Klebs, qui n'eut qu'un micrococcus. C'est un champignon facile à voir et à reconnaître, dont j'ai pu suivre et étudier le développement dans tous ses détails, soit dans de grandes cultures multipliées, soit dans la chambre humide.

A l'état de complet développement, il se présente sous la forme de mycéliums et de spores caractéristiques. Les mycéliums sont tantôt sous forme de longs tubes, cloisonnés de distance en distance, d'une réfringence spéciale, en gé-

néral très clairs; ils ont depuis 2 jusqu'à 4 et 5 millièmes de millimètres de large. Quand les conditions de croissance sont bonnes, ils s'allongent extrêmement, se bifurquent de temps à autre, et les bouts bifurqués sont par eux-mêmes très caractéristiques; ils dessinent par leurs deux branches légèrement incurvées, une figure qu'on ne peut comparer plus exactement qu'à une lyre ou à un diapason. D'autres fois, les mycéliums ne s'allongent pas ainsi; tout en se multipliant de manière à couvrir rapidement la surface du liquide de culture, ils restent courts, prenant des formes bizarres, dont la plus commune peut être comparée à une béquille; il existe alors une foule de bâtonnets droits, de 3, 4 millièmes de millimètres de large sur 15, 20, 40 millièmes de long.

Les spores sont de deux espèces : des spores rondes ou ovales qu'on peut appeler les spores de germination, et des spores rectangulaires qui représentent le dernier terme de développement du champignon et que nous appellerons des *conidies*. Ces dernières caractérisent l'espèce; elles ont la forme de petits rectangles dont la grandeur est très variable; la largeur varie depuis 1 à 2 jusqu'à 7 et 8 millièmes de millimètres et quelquefois plus. Leur longueur varie de même depuis 5 à 6 jusqu'à 10 et 15 millièmes de millimètres. Tantôt elles sont isolées, tantôt réunies par 2, 3; très souvent en chapelets de 10, 12, 15 grains, ou en chainettes brisées en zigzags. Homogènes d'abord, elles se remplissent bientôt de petits grains ronds, très brillants, du volume des micrococci ordinaires, et qui, pour moi, sont le véritable germe du champignon; je me borne pour le moment à ces quelques observations.

Les spores rondes ou légèrement ovales sont celles dont l'allongement constitue le mycélium; ces spores apparaissent comme des points clairs de 3, 4, 5 millièmes de millimètres de diamètre, au milieu d'une matière granuleuse disposée en amas plus ou moins étendus, qui représentent ce qu'on appelle des *zooglœa*. Ces spores s'allongent par un de leurs pôles en un tube de 2, 3, 4 millièmes de millimètres de diamètre, qui va dès lors s'étendant et se bifurquant comme je l'ai dit plus haut. Quand l'allongement du mycélium est à son début, l'aspect de la spore munie de ce prolongement rappelle la forme d'un têtard.

Les différentes phases du développement de ces spores et des conidies sont très curieuses à étudier, mais je ne veux pas y insister dans cette note. J'arrive aux inoculations et aux injections que j'ai faites à divers animaux.

Dans cette question de la recherche des microbes, on ne

peut se contenter d'isoler par la culture l'organisme qu'on suppose la cause première de la maladie. Il ne suffit pas non plus que l'organisme inoculé tue l'animal en expérience. Il faut, et c'est ce qui rend la question si ardue, reproduire, si c'est possible, chez l'animal, la maladie qu'on attribue au microbe, ou du moins démontrer, par la culture des divers organes, que c'est bien l'organisme inoculé et non la septicémie qui a déterminé la mort. Or, malgré les affirmations des auteurs allemands, personne n'a reproduit jusqu'ici la diphthérie. Letzerich et Klebs disent l'avoir fait chez des lapins : ils ont tué des lapins, c'est vrai, l'un en leur injectant le *zygodesmus fuscus* pendant une première période et le *tilletia* pendant une seconde; l'autre, en leur inoculant le *microsporon*; mais, ni l'un ni l'autre n'ont reproduit la diphthérie, car ni l'un ni l'autre n'ont reproduit de fausses membranes, et la rapidité avec laquelle mouraient leurs lapins donne à croire que cette mort était le résultat d'une infection septique et non d'autre chose.

J'ai inoculé sur la muqueuse buccale et nasale, ou fait ingérer le microbe que j'ai décrit à six lapins, deux cobayes, quatre grenouilles, un coq, quatre pigeons (1). Les six lapins sont morts au bout de six, huit, dix, dix-huit jours. Le premier est mort au bout de six jours avec un gonflement énorme du cou, tout à fait comparable à l'œdème des diphtéritiques. Ce gonflement était formé par une infiltration séreuse du tissu cellulaire et la culture de cette sérosité a redonné le microbe avec des conidies caractéristiques. Le lapin mort au bout de dix-huit jours, après ingestion de liquide contenant le microbe, avait une pleurésie fibrineuse double avec épanchement; le liquide épanché aussi bien que les fausses membranes ont redonné par la culture l'organisme inoculé. Chez tous les lapins, d'ailleurs, j'ai retrouvé, souvent avec le microscope seul, d'autres fois par la culture, le microbe constamment dans la sérosité du péritoine, très souvent dans le péricarde, souvent aussi dans les reins. Jamais la culture du sang pris dans le cœur n'a redonné l'organisme. Le plus souvent, le liquide restait clair; parfois, il s'y développait des bactéries vulgaires.

Des deux cobayes, un seul est mort; l'autre a résisté. J'ai fait avaler à trois grenouilles des flocons de mycélium, à deux ou trois reprises; les grenouilles remplacées dans leur

(1) Les animaux m'ont été obligeamment fournis par M. Bochefontaine, chef du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu.

bocal sont mortes huit, dix et onze jours après la dernière ingestion. Elles étaient pour ainsi dire farcies du microbe. Dans la lymphe sous-cutanée surtout et dans le grand sac lymphatique, l'organisme avait cultivé en abondance. Ici encore, le liquide du péritoine a reproduit par la culture le microbe, mais le sang pris dans le cœur qui battait encore n'a rien donné dans un cas; dans un autre, il a donné des bactéries. Deux de ces grenouilles étaient en plein rut; la femelle avait l'abdomen rempli de frai; la grenouille mâle avait les testicules gros comme des haricots et gonflés de sperme. Le sperme et le frai cultivés ont donné le microbe diphthéritique. De sorte que si la fécondation avait pu se faire, les têtards de ces deux grenouilles auraient pu avoir en naissant le germe de la diphthérie.

J'ai placé la quatrième grenouille dans l'eau où avait vécu une des grenouilles inoculées. Cette eau contenait de nombreuses conidies. Au bout de dix jours, la grenouille était morte, et j'ai retrouvé l'organisme disséminé par tous ses tissus.

Chez les grenouilles, c'est dans l'estomac que paraît se faire la lésion principale. La muqueuse était tapissée d'une épaisse couche de mucus visqueux jaunâtre, consistant, formé au microscope de cellules épithéliales, de granulations et de gouttes de graisse, de nombreux micrococci et d'un certain nombre de conidies rectangulaires. La quatrième grenouille avait, en outre, une inflammation intense de toutes les tuniques stomacales. L'estomac apparaissait en effet avec une coloration rouge diffuse, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, et la surface péritonéale était couverte de fausses membranes fines et récentes.

J'ai fait avaler au coq quelques flocons de mycélium. Au bout d'une huitaine de jours, voyant qu'il ne paraissait pas malade, j'ai voulu le refroidir et je l'ai laissé pendant vingt-quatre heures les pattes dans l'eau, suivant le procédé employé par Pasteur pour la réfrigération des poules charbonneuses. La température, de 42 degrés est tombée en effet à 38. Malheureusement, la planche à laquelle le coq était attaché a glissé dans l'eau, et la bête s'est noyée. A l'autopsie, j'ai trouvé la muqueuse du jabot tapissée d'une foule de points blancs gros comme des lentilles; ces points, examinés au microscope, étaient formés d'épithélium rempli de granulations, de gouttelettes de graisse, de micrococcus, et d'un grand nombre de spores rectangulaires.

Enfin, chez les quatre pigeons j'ai réussi à reproduire les fausses membranes diphthéritiques. En grattant rudement avec la lame d'un bistouri la surface de la muqueuse et en ba-

digeonnait ensuite l'intérieur de la bouche avec le produit de culture, j'ai vu se développer, au bout de vingt-quatre heures, une épaisse membrane qui tapissait les deux côtés de la bouche, la langue, le voile du palais, l'arrière-gorge; cette fausse membrane était d'un blanc jaunâtre et formée, comme les fausses membranes pharyngiennes et amygdaliennes de l'homme, de cellules épithéliales, de graisse, de micrococcus et de bactéries; il y avait fort peu de conidies rectangulaires; mais, cultivée, cette fausse membrane redonnait constamment l'organisme. Je n'y ai pas vu de fibrine. Deux des pigeons sont morts au bout de trois jours; l'un avait l'entrée du larynx recouvert aussi de fausses membranes, et la trachée pleine d'un mucus épais dont la culture reproduisait le microbe. Le liquide du péritoine et du péricarde, des reins, cultivés, le reproduisaient aussi. Mais, comme chez les lapins et les grenouilles, le sang du cœur n'en contenait pas et les ballons ensemencés avec ce sang restaient clairs. Le troisième pigeon est resté malade une huitaine de jours; les fausses membranes se sont détachées d'elles-mêmes et il a guéri. Le quatrième est actuellement en observation.

Ces différentes expériences présentent des particularités sur lesquelles je ne veux pas insister ici et qui seront mises en relief plus tard. J'ai voulu seulement montrer que j'avais isolé un microbe qui, à plus juste titre que le *tilletia* de Letzerich et le *microsporon* de Klebs, peut être regardé comme la cause de la diphthérie, puisqu'il reproduit ce que ces expérimentateurs n'ont jamais obtenu, la fausse membrane. Quant à la nature et à l'origine de ce champignon, que je crois connaître, je les discuterai dans un prochain travail; mais, cela ne peut être fait utilement qu'en toute connaissance de cause, et, je l'ai dit, ma certitude à cet égard n'est pas complète.

20. ELECTIONS. — Parsuite de la nomination de MM. Landouzy, Reclus, Ballet, Boyer, Quinquaud, Schwartz, Barth, Déjerine et Mayor, le Bureau de la Société est constitué de la manière suivante pour l'année 1881.

Président : M. CHARCOT.

Vices-présidents : MM. LANDOUZY et RECLUS.

Secrétaires : MM. FÉRÉ et BALLET.

Trésorier : M. COSSY.

Archiviste : M. DE BEURMANN.

SOC. ANAT.

Comité : Membres titulaires : MM. DE BOYER, QUINQUAUD, SCHWARTZ. — **Membres adjoints :** MM. BARTH, DÉJÉRINE, MAYOR.

Séance du 21 janvier 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARGOT.

21. M. R. MOUTARD-MARTIN communique un fait de *pleurésie cancéreuse* consécutive à un *cancer utérin* qui a déterminé la mort par compression des uretères et urémie. La plèvre droite, uniformément épaissie, forme un sac complet de 7 ou 8 millimètres d'épaisseur, la face interne offre un aspect aréolaire, et, sur les travées, on voit s'implanter des fausses membranes auxquelles on doit attribuer la nature hémorrhagique du liquide. Il n'y a pas de noyaux cancéreux dans les deux poumons et la plèvre gauche est saine.

M. DÉJÉRINE dit que cette plèvre a présenté au microscope les caractères du carcinôme fibreux; il y a des travées de tissu conjonctif adulte, remplies de cellules épithélioïdes atypiques.

22. Sarcôme à cellules géantes de l'extrémité supérieure du péroné. — Amputation de la cuisse; par le D^r LAGRANGE, aide de clinique chirurgicale à l'école du Val-de-Grâce.

David, 25 ans, du 15^e régiment de dragons, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 juillet 1880, dans le service de M. le professeur GAUJOT (Salle 29, lit 11.). — Les antécédents héréditaires ainsi que les antécédents personnels ne présentent rien de particulier.

Le 15 juillet 1879, chute et forte contusion au niveau de la tête du péroné gauche; gonflement et ecchymose à ce niveau. Le malade s'alita, mais put reprendre son service 15 jours après. Au bout de quelques semaines, douleurs provoquées par la marche ou tout exercice fatigant à la partie supérieure et externe de la jambe gauche; un mois et demi après l'accident, apparition à ce niveau d'une petite tumeur, de consistance très dure; cette tumeur s'accroît

peu à peu, les douleurs continuent, deviennent plus vives, sont facilement provoquées par la palpation. La tumeur, toujours dure, est immobile sur les parties profondes.

A ce moment (mars 1880), survient une attaque de rhumatisme polyarticulaire subaigu, qui nécessite l'entrée du malade à l'hôpital militaire de Vincennes. Dans cet hôpital, M. Weber fait une ponction exploratrice qui donne issue à quelques gouttes de sang. Notons que cette ponction ne paraît exercer aucune influence sur la marche de la tumeur. M. le professeur Perrin voit le malade en consultation, et, en attendant un diagnostic plus exact, conseille de réserver l'intervention chirurgicale.

Le 16 juillet 1880, entrée dans le service de M. Gaujot. L'état général est assez mauvais, sans doute à cause de la crise rhumatismale que le malade vient de traverser. L'amaigrissement, la pâleur surtout du malade font hésiter le diagnostic entre une tumeur à myéloïdes et un ostéosarcome d'un pronostic plus fâcheux. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule, elle est un peu ramollie, on sent à sa partie antérieure la crépitation parcheminée; péroné fracturé, pas d'infection ganglionnaire.

A partir de ce moment, développement rapide.—Le 5 décembre 1880, M. Gaujot reprend son service et constate l'état suivant: le malade est pâle, un peu amaigri, il a cependant conservé ses forces; l'appétit est bon, quelques sueurs nocturnes peu abondantes. La tumeur remonte jusqu'à l'apophyse styloïde du péroné; elle occupe la partie postérieure du membre et s'avance jusqu'au côté interne; les muscles jumeaux et soléaire la recouvrent; elle a 13 centimètres de hauteur et 0,24 de largeur.

Un peu au-dessous de la tête du péroné, elle est fluctuante; elle est assez dure dans les autres points; sa partie postérieure est peu accessible, car elle est protégée par les muscles du mollet, immobilité complète sur les parties profondes; peau parfaitement libre et mobile, sillonnée d'un réseau veineux considérable. Ni souffle, ni battements; la compression de la fémorale n'en fait pas diminuer le volume.

La jambe, le pied surtout sont le siège de douleurs assez vives, tantôt spontanées, tantôt provoquées par la marche ou la palpation. Douleurs à la partie postérieure de la cuisse, le long du sciatique. L'amputation de la cuisse est proposée au malade qui la refuse.

Dans le courant du mois de décembre, l'évolution evient encore plus rapide; la peau est chaude au niveau de la tumeur; la température locale montre une différence de

température de 2° 1/2 au profit de la tumeur (on a pris pour point de comparaison la température de la jambe droite). La température générale est normale. Vers la fin de décembre, on remarque pour la première fois que la tumeur est pulsatile; mouvement d'expansion très sensible à la main; en un mois, la circonférence du membre s'est accrue de 2 centimètres.

L'amputation, enfin acceptée par le malade, est pratiquée le 17 janvier par M. le professeur Gaujot.

AUTOPSIE de la tumeur. — La tumeur présente à peu près le volume d'une tête de fœtus de 7 mois, elle est molle; on sent à sa partie postérieure et externe des noyaux osseux larges de quelques millimètres à un centimètre. Elle est entourée d'une coque fibreuse assez épaisse. A la partie supérieure, au niveau de la tête du péroné, on sent un noyau osseux assez épais, mobile, sur lequel s'insère le muscle biceps et le ligament latéral externe de l'articulation du genou. A la partie antérieure de la tumeur, au niveau du point ramolli noté dans l'observation, on trouve un petit foyer fluctuant d'où s'échappe pendant la dissection du liquide jaunâtre et huileux.

Les rapports de cette tumeur avec les organes de la région sont de simples rapports de voisinage. Tous les muscles ont été refoulés.

Le soléaire s'insérant à la portion détruite du péroné est le seul qui tiennent à la coque fibreuse. L'articulation du genou est intacte, l'articulation péronéo-tibiale supérieure est parfaitement saine. D'ailleurs, les deux articulations communiquent ensemble.

L'artère poplitée, le tronc tibio-péronier et leurs branches ne présentent rien de particulier à noter. Le nerf sciatique poplité interne est intact; le poplité externe présente des rapports intéressants. Le tronc est en contact avec la partie supérieure du néoplasme; ce tronc est aplati, comprimé et a dû subir un allongement considérable. — Le tibial extérieur, le musculo-cutané sont également aplatis, rubanés, soulevés par la tumeur; ils décrivent ainsi une courbe considérable. Mais, de tous ces filets nerveux, les plus allongés sont ceux qui vont se perdre dans la partie supérieure du tibial antérieur; l'un d'eux se creuse une empreinte profonde sur la tumeur, qui fait en quelque sorte hernie sur ses côtés.

A la coupe, on rencontre en beaucoup de points la consistance et la couleur de la substance cérébrale; d'autres points tout à fait jaunes ressemblent à de la fibrine, résidu

d'une hémorrhagie; enfin, on distingue de véritables foyers sanguins.

La coque fibreuse est intéressante; elle continue et relie les noyaux osseux qui sont pour la plupart de production nouvelle. En bas, cette coupe s'insère sur la partie supérieure du péroné. On doit la considérer comme le périoste normal, distendu et coiffant la tumeur.

A la partie inférieure, la coque a disparu; le soléaire la remplace et limite lui-même le tissu morbide.

Le péroné est détruit dans une étendue de 7 centimètres. De toute l'extrémité supérieure, il ne reste plus que le fragment osseux sur lequel s'insère le biceps et le ligament latéral externe. Enfin, notons un point important: c'est que le cartilage diarthrodial de l'articulation péronéo-tibiale supérieure a été respecté, il a son épaisseur ordinaire, toute trace d'os a disparu à sa face inférieure, et sa surface articulaire présente ses caractères normaux.

Il se continue avec la coque fibreuse, et sert comme elle de limite à la tumeur.

Examen histologique pratiqué par M. KIENER, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Le raclage a permis de voir un grand nombre de myéloplaxes. L'examen après l'action des réactifs a fait distinguer dans ce tissu morbide trois parties différentes.

1° D'abord, un très grand nombre de cellules géantes; quelques-unes coupées transversalement présentent un contour arrondi, comme le serait celui d'un capillaire; une zone homogène, vitreuse forme la paroi; des granulations bien colorées par le picro-carmin en constituent le contenu. 2° Certains points sont presque exclusivement formés de médullocelles en voie de transformation graisseuse; ces cellules sont reconnaissables à leur aspect gris jaunâtre respecté par les réactifs. 3° Enfin, d'autres parties sont essentiellement constituées par de la fibrine que caractérise la présence de petits faisceaux entrecroisés et dirigés en tous sens. Au milieu de ces faisceaux, se trouve quelques leucocytes. Aux environs de ces masses fibrineuses existe une bande rougeâtre où l'on voit des débris de globules rouges.

En beaucoup de points, les myéloplaxes, les médullocelles et les épanchements fibrineux sont réunis, mais les cellules à myéloplaxes sont presque partout très abondantes. Enfin, un réticulum, substance conjonctive, constitue le squelette de ce tissu morbide.

RÉFLEXIONS. — Sans insister davantage sur cette observa-

tion qui n'est en somme qu'un fait classique de tumeur à myéloplaxes, nous appellerons, en terminant, l'attention sur l'action manifeste du traumatisme, sur l'évolution qui, lente pendant longtemps, a été très rapide dans les derniers mois sur l'élévation considérable de la température locale. Ajoutons enfin que la présence de cette coque périphérique, l'intégrité du cartilage articulaire de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, montrent combien peu cette tumeur avait de tendance à s'accroître aux dépens des tissus voisins. Au point de vue histologique, il n'est point contestable qu'il ne s'agisse ici d'un sarcome; mais, au point de vue clinique, le nom de tumeur à myéloplaxes impliquant un pronostic plus bénin conviendrait bien davantage.

M. RECLUS dit que, dans ces sortes de cas, M. Verneuil a conseillé de faire préalablement une longue incision pour reconnaître l'état des parties. Cette précaution eut permis, dans le cas présent, de faire une opération beaucoup moins grave.

23. Observation de Cystocèle inguinale primitive; par De LARABRIE, interne des hôpitaux.

Le nommé Graus..., âgé de 68 ans, entré le 26 novembre 1880 dans le service de M. DUPLAY, était porteur de ce genre de hernie depuis 10 ans; la tumeur s'est développée sous l'influence d'un effort; elle était d'abord très petite, présentant le volume d'une noisette; au bout de quelques mois, elle devint irréductible, ses dimensions augmentèrent alors, l'application d'un bandage devint inutile.

Du reste le malade éprouvait tous les symptômes d'une cystocèle : l'augmentation du volume de la tumeur, sa compression déterminaient chez lui le besoin d'uriner; la compression de la poche facilitait même la miction.

A son entrée à l'hôpital, on constate à gauche, au niveau de la région inguinale, une tumeur du volume et de la forme d'une noix de coco, molle, fluctuante, située en dehors du cordon; on pratique le cathétérisme avec une sonde rigide, mais il est impossible de pénétrer dans la vessie; on pénètre, au contraire, non sans quelque difficulté, à l'aide d'une sonde molle.

Depuis quelques semaines, le malade éprouve des troubles sérieux du côté de la miction; celle-ci est devenue difficile, pénible et fréquente; ses urines sont chargées de pus; peu

à peu leur caractère purulent s'accroît, elles deviennent très fétides; malgré des injections vésicales fréquentes et un cathétérisme journalier, son état général s'aggrave. Le 5 janvier, il éprouve quelques frissons, la température s'abaisse, la respiration devient courte et fréquente; on porte le diagnostic de pyélo-néphrite compliquée d'anémie et il meurt dans cet état le 7 janvier.

AUTOPSIE. — *Poumons et bronches* : Les deux poumons sont emphysémateux, il existe en outre des lésions certaines de bronchite chronique. — *Cœur* : Volumineux, les cavités droites sont dilatées.

Reins : Le rein gauche est hypertrophié, mais, sauf un certain degré de rougeur, il ne présente pas, à l'œil nu, de lésions appréciables de ses deux substances. — Les calices, le bassinet et l'uretère correspondants contiennent un liquide louche, d'aspect purulent. — Le rein droit est également hypertrophié, à la coupe, outre les lésions de pyélite qu'on y rencontre, on observe disséminés çà et là de petits foyers de suppuration, de la grosseur d'une lentille. La substance corticale surtout présente une coloration d'un rouge très vif.

Examen de la hernie. Après avoir enlevé la peau et le fascia superficialis de la région inguino-abdominale gauche, on met à découvert la tumeur qui présente des parois épaisses; on constate que la vessie herniée est recouverte complètement par une poche, qui n'est autre que le fascia transversalis repoussé au dehors et très épaissi. Celui-ci a contracté des adhérences solides avec l'orifice inguinal externe. Le cordon spermatique est volumineux et rejeté en dehors de la tumeur. On pratique couche par couche une ouverture de la tumeur, et l'on remarque un certain degré d'infiltration purulente des parois vésicales.

Examinant alors la région inguinale à l'intérieur de l'abdomen, on voit que le péritoine ne s'engage point dans l'orifice inguinal gauche, sa disposition est normale; en détachant la séreuse pariétale du fascia transversalis on arrive, au niveau de sa réflexion, sur le sommet de la vessie, sur une collection purulente aplatie contenant environ 15 à 20 grammes de pus et reposant directement sur la portion de la vessie qui est restée dans le bassin.

C'est alors qu'on peut voir, après avoir convenablement décollé le péritoine de cette région et avoir disséqué et isolé les portions prostatique et musculaire de l'urètre, qu'il n'y a pas de hernie complète de la vessie au dehors de l'abdomen. La portion herniée forme à elle seule environ les

2,3 du réservoir urinaire. La portion restée dans le bassin est vraisemblablement constituée par le bas-fond de la vessie et toute la région de celle-ci qui entoure le col vésical. Les deux anneaux inguinaux dilatés n'exercent pas une constriction bien puissante, puisqu'une injection pratiquée par l'urèthre fait très facilement pénétrer le liquide dans la poche herniée.

Il existe entre le trajet inguinal et le fascia transversalis des adhérences qui rendent celui-ci irréductible. Entre la vessie herniée et ce fascia existent également, au niveau des anneaux, des adhérences qu'il semble facile de détacher en certains points. La portion prostatique de l'urèthre et la portion non herniée de la vessie forment un canal oblique en haut et à gauche, circonstance qui explique la difficulté du cathétérisme.

Outre l'intérêt qu'elle présente en raison de sa rareté relative, cette affection, dans le cas particulier, est encore intéressante par ce fait que, malgré le volume considérable qu'elle offrait, le péritoine n'est pas sorti de l'abdomen. Une autre particularité importante comme complication est l'existence de foyers purulents intra et extra pariétaux de la vessie.

Enfin, on peut déduire des faits anatomiques que nous venons de signaler et des autres observations qui ont été publiées, qu'une intervention chirurgicale analogue à celle d'une hernie étranglée ordinaire constituerait un procédé thérapeutique rationnel.

24. M. HARANGER montre un cas de *cirrhose du foie* qui offre l'état lobulé caractéristique, mais n'est pas dur et est augmenté de volume; il pèse plus de 1700 gr. Le malade n'avait jamais présenté d'ictère.

25. M. POIRIER présente une *rupture de l'intestin grêle*, sans plaie des parois abdominales, chez un sujet qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le flanc.

M. PETIT a observé, dans le service de M. Duplay, un fait d'origine analogue; il y avait une division complète de l'intestin et plusieurs autres petites plaies au voisinage. Le malade était mort en algidité.

M. RECLUS pense que ces ruptures peuvent se faire par pression de l'intestin contre la colonne vertébrale. Les gros vaisseaux peuvent bien fuir devant ce choc, car il a vu une balle passer entre la carotide et la jugulaire.

26. Carcinôme latent du pylore et du foie.—Tumeur secondaire à la partie supérieure des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes gauches. — Monoplégie brachiale puis hémip légie droite. — Aphasie, pas de lésion de la troisième frontale ; par Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé Aub. J., âgé de 61 ans, entre le 11 janvier 1881 dans le service de M. PROUST, Salle St-Charles, n° 26, à Lariboisière.

Les renseignements recueillis sont nécessairement très-incomplets. — D'après le récit de la famille, A. J. serait malade depuis 4 mois ; à cette époque, il a été pris de diarrhée très abondante. Le membre supérieur droit est paralysé depuis trois semaines ; le membre inférieur du même côté depuis seulement dix jours. L'aphasie date de la même époque.

Au moment de l'entrée, on constate une paralysie complète du membre supérieur droit ; toute espèce de mouvement est absolument impossible. Il y a du côté droit un certain degré de paralysie faciale. Les sillons et les plis de la peau sont moins accusés que de l'autre côté, et la bouche est un peu déviée vers la gauche. Cette différence devient plus sensible encore lorsque le malade parle, rit, ou essaie de siffler.

Les mouvements du membre inférieur droit sont beaucoup moins énergiques que du côté gauche. Toutefois, le malade peut fléchir ou étendre ce membre : il a conservé encore une certaine vigueur. C'est de la parésie ; dans le membre supérieur, c'est au contraire une paralysie absolue. La sensibilité est conservée. Il semble toutefois y avoir dans le membre supérieur droit un retard notable dans la perception des impressions.

L'auscultation du cœur, non plus que l'examen de l'abdomen, ne révèlent rien de particulier. Les artères, examinées au niveau du poignet et au pli du coude, paraissent rigides, athéromateuses.

Le malade est d'une couleur pâle, jaunâtre, dont la signification échappe complètement au moment où l'examen clinique est pratiqué. Il semble comprendre assez bien ce qu'on lui dit. Il exécute sans confusion, immédiatement, les divers mouvements qu'on lui commande. Il répond assez aux questions qu'on lui pose, pour donner des renseignements sur son état et sur l'histoire de sa maladie. Souvent un mot lui manque : alors il s'arrête, remue les lèvres, murmure des sons à peu près inarticulés. On procède du reste par

interrogations auxquelles il n'y a guère à répondre que oui ou non, son histoire étant déjà connue par le récit qu'en a fait la famille. Cependant, il serait possible, avec beaucoup de peine, de tirer du malade des renseignements à peu près exacts, pour ce qui est des dates, tout au moins. La chose est du reste arrivée à l'un des externes du service.

On lui demande son âge : il ne peut répondre. On lui propose 71 ans, 69, 51, etc., (il en a 61) ; toujours il fait signe que non. Il fait signe que oui lorsqu'on donne exactement son âge. Il en est de même pour l'année de sa naissance, etc. On lui fait répéter les jours de la semaine : il ne peut trouver jeudi, s'aperçoit toutefois qu'il lui manque un jour. Il recommence en comptant sur ses doigts. Plusieurs fois, on lui fait reprendre la même énumération. Au bout de quelques séances, il trouve jeudi, mais il oublie vendredi. Lorsque il a mal dit, on éprouve une difficulté très grande à le faire recommencer. Il tombe d'emblée sur le mot cherché, en suivant la série qu'il récite mécaniquement, pour ainsi dire, jamais il n'y arrive par un effort.

On lui fait lire des choses simples, sa pancarte par exemple. Il parvient à grand peine à prononcer à peu près exactement : Administration de l'Assistance publique. Il reconnaît son nom, le prononce d'un trait. Un instant après, il ne peut répéter ce qu'il vient de dire.

Avec cela, il est d'une impatience extrême ; ce sont des gestes de désespoir, des expressions de tristesse très grande quand il ne trouve pas un mot. Il a surtout à son service un certain nombre de phrases courtes, interjectives, dont il se sert à tout propos : par exemple, « ça ne fait rien ! » Il laisse aller ses urines et quelquefois ses matières dans son lit, il s'en souille les mains, et aux reproches qu'on lui fait, il répond : ça ne fait rien ! et cela avec un geste à la fois de défi et d'indifférence.

Il est capricieux et impulsif. Il est également impulsif dans sa façon de parler. Parfois il trouve une phrase assez longue qu'il prononce correctement, tout d'un trait. Parfois, il murmure d'une façon sourde, confuse, en bredouillant : puis un instant après, il répète les mêmes mots beaucoup mieux, clairement. Souvent il dit brusquement le mot cherché lorsqu'on en prononce devant lui la première syllabe.

Même état jusqu'au 17 janvier. Pas de modification dans l'hémiplégie. L'aphasie persiste à peu près dans les mêmes conditions. Il sait très bien appeler l'infirmier de la salle, et lui dire, ou lui faire comprendre ce dont il a besoin. Parfois, il prononce des phrases entières, assez nettement ;

d'autres fois, il lui est absolument impossible d'articuler deux mots compréhensibles.

17 janvier. Pâleur très grande ; abattement, dyspnée.

18 janvier. La dyspnée est extrême ; la pâleur et l'angoisse très prononcées. Le pouls est petit et précipité. Les battements du cœur sont sourds, irréguliers. Le malade ne peut tirer la langue, bien qu'on l'en sollicite et qu'il essaie de le faire. Le membre inférieur gauche est complètement paralysé. Le pied et la main sont complètement œdématisés. Lorsqu'on le lui commande, il soulève et remue très bien le bras et la jambe gauche. Mort à minuit.

AUTOPSIE pratiquée 36 heures après la mort.—Le *pylore* est le siège de deux ulcérations à bords élevés, à fond grisâtre et tomenteux, de l'étendue d'une pièce de cinq francs, siégeant l'une en avant, l'autre en arrière. Au même niveau, au pourtour de la tête du pancréas, ganglions blanchâtres, durs, résistants, lobulés, de volume variable. Une masse ganglionnaire du volume des deux poings, présentant à la coupe l'aspect d'une tumeur encéphaloïde dure, est située en arrière de la paroi postérieure de la petite courbure de l'estomac. Elle adhère aux tuniques de cet organe.

Le *foie* est volumineux, manifestement grasseux : dans son lobe droit, faisant saillie à la surface, et s'enfonçant dans la profondeur, on trouve deux tumeurs d'aspect encéphaloïde qui occupent presque toute son épaisseur.

On trouve dans le *cœur*, en particulier dans les oreillettes et le ventricule droit, des caillots fibrineux qui en combrent presque toute la cavité. Ils expliquent bien la dyspnée constatée pendant les derniers temps de la vie.

L'espace sous-arachnoïdien renferme une grande quantité de liquide ; les *méninges* sont pâles, exsangues ; la surface de l'*encéphale* est également remarquablement pâle. Il y a dans les ventricules une quantité abondante de liquide cérébro-rachidien. Les artères de la base du *cerveau*, et en particulier les artères-sylviennes sont souples. Nulle part on ne trouve sur leur paroi de plaque athéromateuse. On ne constate dans leur cavité que des caillots mous, rougeâtres, évidemment récents.

Les *méninges* se décollent partout facilement, excepté au niveau de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando. A ce niveau, elles adhèrent fortement à la profondeur. La dure-mère elle-même n'est décollée qu'avec une certaine peine, en déchirant des filaments cellulo-fibreux. Nulle part ailleurs, on ne trouve d'anomalie dans l'aspect de la surface de l'*encéphale*.

Une coupe faite suivant la direction du sillon de Rolando tombe sur le milieu d'une tumeur de la grosseur d'une noix, qui empiète à peu près également sur la circonvolution frontale et sur la circonvolution pariétale ascendante. A la surface, elle se distingue par sa saillie et son aspect rugueux, légèrement grisâtre. La substance grise des circonvolutions se trouve interrompue dans toute son épaisseur, ou à peu près, au niveau de la partie postérieure de la première circonvolution frontale et du bord supérieur de la seconde. Sur la coupe, la tumeur présente absolument le même aspect que les ganglions coeliaques dégénérés. Au pourtour, la substance cérébrale est légèrement teintée en jaune rougeâtre, et, semble-t-il à la palpation, un peu ramollie. Cette teinte rouillée et ce ramollissement léger disparaissent insensiblement dans l'espace d'un centimètre à peu près.

Toutes les autres parties du cerveau, considérées soit à l'extérieur, soit sur la coupe, paraissent absolument normales, en particulier au niveau de l'insula et de la troisième frontale des deux côtés.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est confirmative de la localisation motrice établie pour le membre supérieur, la lésion siégeant à la partie supérieure du sillon de Rolando et débordant sur les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. La parésie de la face et du membre inférieur s'expliquent sans doute par le retentissement de voisinage. Bien que l'aphasie ait été nettement constatée, la troisième circonvolution frontale et l'insula étaient en apparence saines dans les deux hémisphères.

27. Abscès multiples. — **Abscès de la région frontale communiquant avec la cavité crânienne et présentant les caractères de la méningocèle**; par Garcia Lavin, interne des hôpitaux.

Un enfant mâle de 3 mois et demi entre le 14 janvier 1881 dans le service de crèche de M. DAMASCHINO, à l'hôpital Laënnec.

Jusqu'à l'âge de deux mois et demi environ, il a toujours été faible, ne prenait le biberon qu'avec difficulté, pleurait continuellement et avait souvent de la diarrhée.

Il y a un mois environ, sa mère s'aperçut qu'il présentait sur divers points du corps (main, joue, cou) de petits abcès s'ouvrant spontanément au bout de 2 ou 3 jours. Bientôt, d'autres abcès plus volumineux se formèrent; il s'en mon-

tra un au niveau de la protubérance occipitale externe, qui laissa écouler environ trois cuillerées à bouche de pus, puis un autre à la partie supérieure de la tête, qui suivit la même marche.

Il y a quinze jours environ, il se développa rapidement sur la région antérieure et médiane du frontal une petite saillie qui, au bout de deux jours, avait acquis le volume d'une noisette. Depuis ce moment, la tuméfaction augmenta rapidement et la mère se décida à amener l'enfant à l'hôpital.

15 *Janvier. Etat actuel.* L'enfant est très cachectique, d'une maigreur extrême. Il prend très peu de nourriture et est constamment couché sur le dos sans faire aucun mouvement. Les quatre membres sont contracturés, sans prédominance ni d'un côté ni de l'autre. Les pupilles sont normales et égales. La face est intacte. Au niveau du front, sur la ligne médiane, près de la fontanelle antérieure, on constate une tuméfaction conique du volume d'un œuf de poule; à ce niveau, la peau présente une certaine rougeur diffuse et est le siège d'une infiltration œdémateuse facilement appréciable.

La surface de la tumeur est régulière, sans bosselure. La consistance est molle, la fluctuation très nette. Par la pression, elle subit une réduction assez marquée, mais on ne peut arriver à sentir l'os sous-jacent; dès qu'on cesse la pression, la tumeur reprend son volume primitif. Elle augmente de volume lorsque l'enfant crie, pleure, ou fait un effort quelconque; elle est le siège de battements isochrones au pouls, et son volume s'accroît pendant l'expiration. En un mot, elle présente tous les caractères physiques de la méningocèle et n'en diffère que par une réductibilité un peu moindre et par la coloration de la peau et l'œdème sous-cutané.

Lorsqu'on vient à comprimer cette tumeur pendant que l'enfant crie, les cris cessent aussitôt, les yeux se ferment, la contracture des membres diminue et il se produit un certain degré de résolution musculaire, sauf dans le bras gauche. Lorsqu'on cesse la compression, l'enfant ouvre les yeux, la contracture reprend son intensité première. — On constate de plus, sur la région postérieure de la tête, les restes d'un petit abcès; à la main droite les traces d'un abcès récent.

Les antécédents de la mère permettent de supposer qu'elle a eu la syphilis, car elle accuse de l'alopecie et des douleurs ostéocopes, mais elle assure n'avoir jamais eu d'éruptions

spécifiques et n'en présente aucune trace actuellement, non plus que d'adénopathie cervicale.

L'accouchement a été normal et aucune intervention n'a été nécessaire. La seule cause à laquelle on puisse rattacher la production d'un abcès dans la région frontale est la gourme dont l'enfant a été atteint à l'âge d'un mois.

Le lendemain, l'enfant est dans le coma, ne prend aucun aliment, et meurt à 5 heures du soir.

AUTOPSIE. — En disséquant avec soin la tuméfaction de la région frontale, on constate qu'elle est formée par une collection purulente assez abondante. A son niveau, le périoste est décollé et la recouvre entièrement. Le décollement du périoste représente à peu près un cercle de 4 centimètres de diamètre. L'os frontal mis à nu présente une fente longitudinale de même longueur, siégeant sur la ligne médiane et qui n'est autre que la suture médio-frontale non ossifiée. Par cette fente, la collection purulente sous-cutanée communique avec la cavité crânienne. L'os est érodé à sa surface externe, sans présenter la coloration rouge de l'ostéite. Après avoir scié le crâne, on constate au niveau de cette lésion que la dure-mère est décollée : dans la partie supérieure, le décollement n'occupe que la portion de cette membrane qui est située à gauche de la faux du cerveau ; mais, à la partie inférieure, le décollement s'étend des deux côtés de cette faux jusqu'à la base du crâne. Entre la dure-mère et l'os existe une cavité remplie d'environ une cuillerée à bouche de pus bien lié. Il en résulte une tuméfaction qui comprime la partie antérieure du lobe frontal gauche, en haut et en bas, et celle du lobe frontal droit, mais ce dernier dans une étendue beaucoup moins considérable. La surface interne de la dure-mère ne présente aucune lésion, et il n'y a pas de communication entre l'abcès intracrânien et la cavité arachnoidienne. Les circonvolutions ne présentent à ce niveau aucun indice de compression.

À la région postérieure de la tête, un peu au-dessus de la protubérance occipitale externe, on découvre un nouvel abcès d'un volume environ trois fois moindre que le précédent, et qui n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie. Le pus est également en contact avec l'os. Au niveau de la fontanelle postérieure, la collection purulente communique avec la cavité du crâne, la dure-mère est perforée à ce niveau. Il est résulté de cette perforation une méningite purulente, et toute la surface du cerveau est recouverte d'une nappe de pus jaune verdâtre et fétide.

Au bras gauche, il existe également un abcès qui s'étend

sur la partie antérieure de l'humérus depuis son tiers supérieur jusqu'au-dessus de l'articulation du coude. Le pus n'est pas en contact avec l'os. L'existence de cet abcès rend compte de la persistance de la contracture dans le bras gauche pendant la compression de la tumeur épiciénienne.

Les autres organes (reins, foie) ne présentent aucune lésion appréciable, même au microscope. Les tibias et les fémurs sont le siège d'altérations qui semblent devoir être rapportées à la syphilis héréditaire.

28. ELECTIONS. — Sont nommés : *Membre honoraire* : M. PINARD. — *Membres correspondants* : MM. FERRAND, SCHEVING, WATSON.

Séance du 28 janvier 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

29. Perforation de l'appendice iléo-cœcal ; par M. NETTER, interne des hôpitaux.

Malade de 14 ans et demi, entré le 23 janvier 1881 dans le service de M. BERGERON.

20 janvier. A ressenti subitement une vive douleur dans le côté droit du ventre. Il a été pris en même temps de nausées sans vomissements et de constipation.

21 janvier. Apparition de vomissements alimentaires et bilieux se reproduisant toutes les fois que l'enfant essaie de boire. Les selles restent supprimées et l'enfant ne rend même plus de gaz par l'anus.

23 janvier. L'enfant a le visage inquiet, les yeux cernés, la langue humide. Le ventre est tendu et gonflé surtout dans la partie médiane ; moins dans les flancs. La palpation du flanc droit est douloureuse. A ce niveau, la percussion donne moins de son. On a une sensation d'empâtement profond sans tumeur appréciable. Température rectale 38°,2. L'exploration des orifices abdominaux fait rejeter l'hypothèse de hernie, l'élévation de la température, la localisation, font porter le diagnostic de pérityphlite.

Cependant, les applications de sangsues, les frictions bel-

ladonnées n'apaisent pas la douleur. Les vomissements persistent et les nombreux purgatifs et lavements administrés n'amènent pas le retour des selles. Une seule fois, le 25, un lavement est suivi de l'issue de matières fécales délayées en petite quantité.

Un peu de diminution dans la douleur et le tympanisme le 25; mais, le 26 au matin, la température s'élève à 38°,7; les yeux sont un peu enfoncés, la voix est cassée. Il y a des vomissements porracés. La tuméfaction du ventre est devenue très grande et générale, la douleur est généralisée. Le soir, 39°,2; une demi-heure après, la mort, qui survient à 5 heures et demie du soir.

AUTOPSIE. — Elle montre une péritonite adhésive, avec coagula fibrino-purulents d'autant plus abondants qu'on approche du cœcum. Il y a quelques bulles de gaz. Pas de pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ni les muscles. Il y a une perforation du diamètre de 4 millimètres sur la face interne de l'appendice iléo-cœcal, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Vis-à-vis de cette perforation, on trouve dans le péritoine une petite concrétion d'un gris rougeâtre, ayant la forme et la dimension de l'osselet de l'enclume du tympan.

Deux toutes petites perforations punctiformes auprès de la précédente. Plus haut, au tiers supérieur de l'appendice, coloration jaunâtre circulaire sur une hauteur de 4 millimètres. A ce niveau, gonflement et dureté. La dureté est due à l'existence d'un corps étranger qui a la forme d'un petit cône et a près de 1 centimètre de haut. La paroi de l'appendice est ulcérée à ce niveau.

Le processus ulcéreux qui se produit autour du second corps étranger nous montre comment le premier a produit la perforation. Cette démonstration n'est pas inutile. Les deux concrétions, en effet, sont remarquables par leur friabilité surtout marquée après dessèchement. Elles se comportent un peu comme la terre glaise, dont elles rappellent du reste les caractères extérieurs. Un examen chimique nous a montré qu'elles ne sont constituées ni par des carbonates ni des corps gras, en même temps que le microscope fait voir des granulations brunâtres, sans organisation ni structure cristalline.

Peut-être s'agit-il de concrétions terreuses contenues dans un plat de lentilles? L'enfant nous a rapporté avoir fait un repas de ce genre, la veille du jour où il est tombé malade.

30. Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur avec hémorrhagie en dehors de la tumeur ; par TURPIER, interne des hôpitaux.

Frédéric Pigeon, 19 ans, cultivateur, entré à l'hôpital de Dreux, le 24 janvier 1881.

Ce jeune homme, grand et assez vigoureux, ayant toujours vécu à la campagne, ne présente aucun antécédent morbide. Rien de particulier chez ses parents. Le 25 septembre 1880, à la suite d'un léger choc produit par le manche d'une faucille sur le genou gauche, il ressent une douleur dans l'articulation, douleur passagère, qui ne l'empêcha pas de continuer son travail. Les jours suivants, quelques élancements se manifestent au même point pendant la marche; si bien que, le 31 octobre, il vint consulter M. le D^r Molinier.

Il existe alors une tuméfaction située à la face interne de l'extrémité inférieure du fémur, entre la rotule et le condyle interne. Cette tuméfaction vague et diffuse, peu douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau, s'accompagne d'hydarthrose. Pensant à une hydarthrose simple ou à une arthrite fongueuse au début, M. Molinier ordonne des badigeonnages à la teinture d'iode.

Pendant le mois de novembre, l'état de la tumeur demeure stationnaire, les douleurs persistent sans changements.

25 novembre. La tumeur a augmenté de volume, elle remonte plus haut, sur la face interne du fémur, et s'avance au-dessus de la rotule sous le triceps. Elle est mollasse, comme fongueuse, diffuse et atteint le volume d'une pomme. L'impotence fonctionnelle est complète, l'hydarthrose a disparu.

Pendant le mois de décembre, la tumeur augmente rapidement, presque à vue d'œil; elle envahit toute la face antérieure du genou, et s'accompagne de douleurs lancinantes très vives et presque continuelles. Sa consistance n'a pas varié, elle est fluctuante au centre, plus résistante à la périphérie, sans nodosités ni limites précises. La peau du genou commence à se vasculariser. Les mouvements passifs sont abolis par la contraction musculaire, et, d'ailleurs, ils sont tellement douloureux qu'on ne peut les provoquer. Une ponction avec le trocart explorateur laisse couler un liquide roussâtre.

En présence de ces phénomènes, M. Molinier diagnostique ostéosarcome kystique et propose l'amputation. Le malade vient consulter M. Després qui porte le diagnostic ostéosarcome, avec une réserve en faveur d'un abcès sous-

périostique et conseille d'essayer d'abord la compression. Au bout de quelques jours, ce moyen devient absolument intolérable, et le malade se décide à entrer à l'hôpital le 24 janvier pour subir l'amputation.

Dans les 5 ou 6 jours qui ont précédé l'entrée du malade, il s'est fait un développement brusque de la tumeur, si bien qu'il se présente aujourd'hui dans l'état suivant :

Homme assez vigoureux, un peu maigre, mais sans teinte cachectique. La cuisse est légèrement fléchie, la jambe dans l'extension. La jambe gauche est cedématisée jusqu'au genou. L'articulation a une forme globuleuse et mesure 48 centimètres de tour. Au-dessus, se remarque une seconde tuméfaction diffuse, plus volumineuse à sa face interne, la tumeur est assez régulièrement arrondie, la peau est violacée à la face interne; dans toute son étendue, se dessine un beau réseau veineux, sur un fond blanc mat. Sa consistance est variable, molle, très nettement fluctuante à la face interne, elle présente de la fausse fluctuation dans les autres points, nulle part on ne sent de nodosités distinctes, elle ne suit pas les légers mouvements qu'on peut imprimer au tibia. La rotule se reconnaît assez bien au milieu de la tumeur. Mais il est impossible de circonscrire cette masse qui entoure toutes les faces du genou, ou de sentir la fluctuation d'un point à un autre. Toute la région est douloureuse à la pression, l'impotence fonctionnelle est complète.

La seconde tuméfaction est située vers le tiers moyen du fémur, elle est large, diffuse, très nettement fluctuante dans toute son étendue. Ces tumeurs ne sont le siège d'aucun battement, la fémorale et la tibiale battent simultanément.

Les ganglions de l'aîne sont sains, la fosse iliaque, facile à explorer, ne contient aucune tumeur anormale.

26 janvier. M. Molinier fait l'amputation de la cuisse à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, par la méthode circulaire et avec la bande d'Esmarch. Pendant l'amputation on remarque que le tissu cellulaire et les muscles voisins de la seconde tuméfaction présentent une légère teinte jaunâtre comme des tissus rapprochés d'un foyer sanguin. La moelle de l'os paraît saine.

Le malade est pansé au Lister et son état est excellent jusqu'au 28 janvier.

Immédiatement après l'opération, nous examinons la pièce. — Une longue incision à la face antérieure du genou et comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, comprenant l'étendue des deux tumeurs, fait jail-

lir un flot de sang noirâtre, qui, recueilli avec les caillots, remplit plus d'un litre.

Ouvrant alors la tumeur avec plus de soin, on constate que, supérieurement, elle est formée par une énorme poche remplie de caillots et s'étendant du tiers moyen du fémur jusqu'à l'articulation. Cette poche est formée en avant par le triceps et son aponévrose fortement soulevée, et, en arrière, par le fémur recouvert de son périoste et imbibé de sang, avec le grand adducteur en dedans et le droit externe en dehors et s'étend jusqu'au-dessus de la rotule, le tout bridé par l'aponévrose. Les caillots qu'on y trouve sont en partie fibrineux et en partie noirâtres, et l'aspect du foyer est alors absolument celui d'un anévrysme.

A la partie postérieure, cette poche se continue avec une autre semblable, contenue dans le creux poplité et remontant en haut jusqu'à l'anneau des adducteurs et en bas descendant un peu dans l'interstice des jumeaux. Elle contient des caillots semblables aux premiers, le nerf et la veine sont en arrière, l'articulation en avant, elle est creusée au milieu du tissu cellulaire de la région, et la partie interne n'est maintenue à la peau que par l'aponévrose et la peau fortement imbibés de sang. En présence de ces lésions nous pensons d'abord à un anévrysme diffus. Mais, la dissection minutieuse de l'artère nous montre qu'elle est absolument indépendante de la tumeur et que ses branches sont dilatées, sans aucune autre altération.

L'articulation ouverte ne contient pas de sang, la synoviale est un peu jaunâtre. La rotule et les plateaux du tibia sont sains. C'est sur l'extrémité inférieure du fémur et surtout sur son condyle interne que portent les lésions.

Cette partie de l'os est remplacée par une sorte de masse fongueuse remplie de caillots et atteignant le volume d'une grosse orange. Lavée et examinée, on voit que cette masse est formée d'une multitude d'esquilles de tissu spongieux mélangés au tissu non friable et très vasculaire d'un néoplasme. A ce niveau, le cartilage articulaire est détaché de l'os et perdu au milieu de toute cette masse.

La tumeur remonte à 4 centimètres dans l'épiphyse de l'os qu'elle transforme en une masse pulpeuse et friable. A la partie externe de l'os, elle envoie une sorte de prolongement de plusieurs centimètres, qui s'accôle au périoste, mais en reste indépendant et est tout entier contenu dans la poche sanguine supérieure.

Le périoste de l'épiphyse semble épaissi et présente de légères granulations. Au niveau de la trochlée, on sent le cartilage mobile et facile à déprimer, à sa partie antérieure

existe un orifice à travers lequel on peut faire pénétrer la pulpe du doigt qui tombe dans une masse fongueuse et crépitante, semblable à celle du condyle. A la coupe de l'os, on trouve une moelle jaunâtre ecchymotique dans l'épiphyse, qui semble altérée jusqu'au lieu de l'amputation. L'os compacte est sain.

L'examen histologique, pratiqué le lendemain, sur la pièce fraîche, par dessiccation, — et au centre même de la tumeur, — nous a montré des cellules de la moelle des os (Médulocelles) et des myéloplaxes en grand nombre.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous pouvons poser le diagnostic anatomique suivant: Ostéosarcome développé dans le condyle interne du fémur, ostéosarcome de la variété tégangiectasique décrite sous les différents noms de cancer vasculaire, anévrysme de la tête des os. Quant aux différents symptômes, ils s'expliquent facilement par la nature même de l'affection. Néoplasme à marche suraiguë atteignant en 3 mois le volume d'une tête de fœtus, il s'accompagne d'une néoformation vasculaire extrêmement rapide, mais également fragile; de là, des hémorrhagies non plus interstitielles comme on en voit si fréquemment dans tous les néoplasmes, mais hémorrhagies se faisant en dehors du néoplasme dans les tissus voisins, et en si grande abondance qu'elles peuvent faire croire à un anévrysme diffus.

Au point de vue clinique, cette observation nous paraît importante en venant montrer une fois de plus la difficulté du diagnostic de l'ostéosarcome au début, les formes insidieuses sous lesquelles cette variété hémorrhagique peut se dérober, prise tour à tour pour une simple hydarthrose, une arthrite fongueuse, et enfin pour un abcès sous périostique, — erreurs que la fluctuation vraie, fluctuation perçue jusqu'au tiers moyen du fémur, autorisait pleinement, — mais que la marche subitement rapide, l'augmentation brusque de la tumeur aurait dû écarter.

31. Deuxième note sur le microbe de la diphthérie;

Par le D^r TALAMON.

Dans une première note communiquée à la Société anatomique, j'ai dit que j'avais réussi à reproduire la fausse membrane diphthéritique chez des pigeons. Chez ces animaux, les fausses membranes n'avaient pas dépassé la gorge; dans un cas seulement, elles avaient gagné la par-

tie supérieure du larynx. Les pièces que je présente aujourd'hui et qui proviennent de l'autopsie de trois petits chats, montrent les fausses membranes étendues depuis le pharynx jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques ; il n'y a aucune différence appréciable entre ces fausses membranes et celles qu'on trouve chez les enfants morts de diphthérie laryngo-bronchique.

Voici, en quelques mots, les détails de ces faits.

Au commencement de janvier, j'avais réussi à me procurer une chatte, qui venait de mettre bas, avec ses trois petits. Ceux-ci, n'ayant qu'une dizaine de jours et étant encore, furent placés, le 4 janvier, avec leur mère, au chenil du laboratoire, dans le compartiment où étaient morts quatre lapins inoculés ; on les mit sur un panier garni avec la litière qui avait servi à ces lapins. Il est bon d'ajouter que le temps, à ce moment, était excessivement froid et que le chenil est fort humide.

Le 22 janvier, un petit chat fut trouvé mort ; il avait les yeux et le nez encroûtés d'un mucus jaunâtre épais, et un liquide séreux s'écoulait de ses narines. J'examinai alors les deux autres chats ; tous deux avaient le nez et les yeux obstrués de croûtes et les narines humides ; l'un était mourant et succomba en effet le lendemain. L'autre paraissait encore assez vivace et éternuait fréquemment.

Le 23, je descendis la chatte avec le petit chat survivant au laboratoire et j'examinai au microscope le mucus nasal. On y voyait des globules de pus, des cellules épithéliales pavimenteuses et cylindriques à cils vibratiles, de nombreux microoccus, et, çà et là, des bâtonnets allongés de 2 μ de large sur 8 à 9 μ de long, quelques-uns plus courts et alors articulés par deux. Ce mucus cultivé donna l'organisme décrit dans ma précédente note. Le chat mourut le 25.

Pour en finir avec l'histoire clinique, si je puis ainsi dire, de ces chats, j'ajouterai que la mère, qui paraissait attristée et malade dès le 23, fut prise à son tour de toux d'abord simplement rauque, puis de toux convulsive avec accès de suffocation prolongée, refusant de manger et restant accroupie près de la bouche du calorifère. Ces symptômes persistèrent pendant quatre jours, puis disparurent, et la chatte guérit. Il est permis de supposer, bien que je n'aie pu m'en assurer, que ces phénomènes étaient dus à la maladie qui a tué les petits chats, c'est-à-dire à de la diphthérie laryngée, mais que la chatte, plus résistante, a réussi à se débarrasser des fausses membranes qui commençaient à envahir son larynx.

Comme les pièces que je mets sous vos yeux le montrent,

les lésions chez les trois petits chats étaient les mêmes. Je donnerai seulement l'analyse d'une des autopsies.

Les narines ne contiennent pas de fausses membranes, mais seulement un liquide clair, séreux. Au microscope, on voit des globules de pus, des cellules épithéliales, des micrococci, des gouttes de graisse, et, ça et là, des globules brillants et fortement réfringents, arrondis ou rectangulaires, qui semblent susceptibles de changer de forme et de s'allonger en glissant entre les leucocytes et les cellules.

L'arrière-gorge et surtout la partie supérieure du pharynx sont tapissées par une fausse membrane épaisse, blanc-verdâtre, peu adhérente à la muqueuse.

Cette fausse membrane s'étend sous le voile du palais, en s'amincissant en une pellicule blanche, très mince, formée uniquement de cellules épithéliales déformées, infiltrées de granulations rondes; entre les cellules ou à leur surface, on voit des globules réfringents, arrondis ou rectangulaires. Ces masses réfringentes, protoplasmiques, abondent dans l'arrière-gorge.

Le larynx est couvert de débris pseudo-membraneux tapissant une muqueuse d'un rouge ecchymotique, excoriée par places. L'aspect est le même que celui d'un larynx d'enfant atteint du croup.

La trachée et les bronches, aussi loin qu'on peut les suivre, sont revêtues d'une couche pseudo-membraneuse continue d'un blanc un peu verdâtre. On détache ces fausses membranes de la trachée par larges bandes, épaisses de plus d'un millimètre, et on peut retirer des premières bronches un petit tube pseudo-membraneux complet.

Au microscope, la structure est celle des fausses membranes trachéales de l'homme; réseau de fibrine fibrillaire granuleuse englobant des cellules épithéliales et des globules de pus; on y voit un grand nombre de bâtonnets allongés de 2 μ de large sur 7 à 8 μ de long, et des masses claires, très réfringentes, rectangulaires, semblables à des masses de protoplasma, d'autres au contraire remplies de grains.

De chaque côté du larynx, on trouve un ganglion tuméfié, rouge, gros comme une lentille.

Les poumons sont le siège d'une broncho-pneumonie double; ils sont violacés par places, rouge-sombré dans d'autres; nombreux noyaux d'hépatisation plongeant au fond de l'eau.

Il n'y a pas d'épanchement dans la cavité pleurale; mais les poumons sont recouverts d'une pseudo-membrane fine, réticulée, plus épaisse du côté droit. Les organismes abon-

dent dans cet exsudat pleurétique; ils revêtent trois formes : On y voit : 1° des corpuscules protoplasmiques très réfringents, les uns arrondis s'allongeant par un petit prolongement caudal, les autres rectangulaires; les corpuscules dans les mouvements des liquides changent légèrement de forme, s'amincissant ou s'arrondissant sous l'œil; 2° des spores typiques, rectangulaires, de 3 à 4 millièmes de millimètres de large sur 6 à 8 de long, contenant des grains brillants dans leur intérieur; 3° des bouts de mycélium ayant 2 à 3 millièmes de millimètres de large sur 25 à 30 de long, clairs, contenant des grains brillants espacés ou des masses protoplasmiques rectangulaires. — Rien dans le péricarde. Le cœur droit contient un peu de sang. On n'y voit aucun organisme.

Le foie est congestionné. Les reins sont gros, violacés, taches ecchymotiques sous la capsule. En grattant la surface de section et en portant le produit de grattage sous le microscope, on voit, au milieu de tubes contournés remplis de granulations graisseuses et protéiques, des globules de sang et des globules blancs, les mêmes corps protoplasmiques et les mêmes spores rectangulaires que dans la plèvre et dans les fausses membranes.

La culture des fausses membranes de la gorge, de la trachée, de l'exsudat pleural et du liquide obtenu par grattage du rein a donné l'organisme caractéristique, mais seulement chez le troisième petit chat dont j'ai pu faire l'autopsie immédiatement après la mort. Chez les deux autres, dont l'autopsie n'a été faite qu'après 24 heures et plus, les cultures sont restées stériles, bien que les spores fussent visibles au microscope dans les fausses membranes. Ceci est en rapport avec ce que j'ai observé chez l'homme; jusqu'à présent, je n'ai pas réussi à obtenir le microbe que j'ai décrit avec les fausses membranes prises sur le cadavre après le délai réglementaire, c'est-à-dire après vingt-quatre heures. Il se produit sans doute, sous l'influence des altérations cadavériques, des modifications qui empêchent le développement des spores.

Quoi qu'il en soit de ce détail, il paraît à peu près évident que les trois petits chats, aussi bien que la chatte mère, ont pris la diphthérie par contagion dans le panier où ils avaient été placés. Les spores, provenant des excréments des lapins inoculés antérieurement, se sont sans doute conservés dans la litière qui garnissait le panier et ont pu se déposer sur les muqueuses des petits chats à demi-enfouis dans cette litière. Le froid humide du chenil n'a peut-être pas été sans influence sur le développement de la diphthérie.

on peut supposer qu'en affaiblissant l'organisme de ces animaux, déjà peu résistant en raison de leur âge, cet agent a facilité l'envahissement général des tissus par le microbe. Quant au fait de la conservation des spores dans la litière du panier, il n'est pas douteux pour moi, car j'ai cultivé des crottins de lapins trouvés dans le chenil et qui dataient déjà de plusieurs semaines, et les cultures se sont remplies du microbe diphthéritique.

32. M. HARANGER montre une *anomalie du cœur* paraissant due à une endocardite foetale.

33. *Epithéliome cylindrique du foie. — Sarcôme utérin* ; par V. HANOT médecin des hôpitaux.

X..., âgée de 60 ans, domestique. Entrée dans mon service le 10 décembre 1880, à l'hôpital provisoire des Tournelles.

Le père de la malade est mort d'une affection vésicale, sa mère vit encore et est âgée de 87 ans. Excellente santé, constitution robuste antérieure. La malade n'accuse guère dans ses antécédents personnels que des crises de migraine dont elle souffre depuis sa jeunesse et qui revenaient jusqu'à deux fois par mois.

Il y a six mois environ, sa santé a commencé à s'altérer ; la malade souffrait de douleurs dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque droite, ainsi que d'une constipation opiniâtre. Un jour, au début de la maladie, elle eut une selle mélanique très abondante et elle rendit une quantité considérable de caillots et de sang noirâtre ; ce méloena ne s'est jamais reproduit. L'appétit est devenu capricieux, et, par instants, aboutissait à une véritable boulimie. La malade s'étonnait et s'inquiétait de cette exagération inaccoutumée de son appétit.

A son dire, elle n'a pas maigri et n'a pas perdu ses forces. Cependant, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs vives au creux épigastrique et surtout dans le milieu du dos. L'anorexie était complète ; bientôt, la malade dut interrompre ses occupations et entrer à l'hôpital le 12 décembre.

13 décembre. La malade se plaint surtout de douleurs au creux épigastrique et au niveau de la 7^e vertèbre dorsale ; elle est amaigrie et la peau présente une teinte jaune-paille très accusée. Appétit nul. L'ingestion des aliments réveille les souffrances stomacales ; constipation. Le ventre est ballonné, sans ascite et sans développement des

veines sous-cutanées. Le palper fait reconnaître une tuméfaction dure, placée immédiatement sous la paroi et qui comble le creux épigastrique jusqu'à 6 centimètres de l'ombilic; cette tuméfaction s'arrête à l'origine de la dernière fausse-côte gauche et avance en diminuant jusqu'à la dernière fausse-côte droite. En ce point, si profondément qu'on palpe, on ne retrouve plus aucune tuméfaction.

Dans la fosse iliaque droite, le palper fait reconnaître aisément une masse volumineuse, dure, à surface irrégulière, à grand diamètre dirigé obliquement dans une direction parallèle au pli de l'aîne, commençant en haut à l'épine iliaque supérieure et descendant dans la direction du pli de l'aîne, dans une étendue de 0^m,10. Le diamètre longitudinal, au niveau de la portion moyenne, est de 0^m,15, le diamètre transversal de 0^m,09. Le bord gauche et supérieur est distant de l'ombilic à sa partie moyenne de 0^m,09 environ. — Traitement. Diète lactée, lavement glyciné, une cuillerée à café de magnésie.

16 décembre. Même état, même traitement auquel on ajoute un emplâtre belladonné.

24 décembre. Ces quatre derniers jours, la malade a eu plusieurs débâcles abondantes qui l'ont très fatiguée. Amaigrissement plus accusé. Douleurs sensiblement les mêmes; rien de nouveau à noter pour le palper abdominal. Traitement. On ajoute le 18 décembre, cataplasmes laudanisés; le 21, suppositoires belladonnés.

27 décembre. Diarrhée très abondante, la malade se plaint beaucoup de douleurs abdominales et dorsales et surtout de dyspnée. La respiration est affaiblie, entremêlée de quelques râles humides, surtout au sommet gauche et en arrière. — T. M. 36°,4, P. 112. T. S. 36°,8. P. 136. — Traitement. Régime lacté, bismuth 8 grammes, lavement amidon avec 6 gouttes laudanum.

28 décembre. Gêne de la respiration très accusée, râles sous-crépitaux disséminés dans la poitrine, mais surtout disposés en foyer à la base droite. La peau est recouverte de sueur; douleurs abdominales en ceinture très vives; diarrhée très abondante; œdème des pieds très accusé. — T. 39°. P. 120. — Traitement: On continue 8 grammes bismuth; riz, sirop de coings, lavement amidon.

29 décembre. T. M. 37°,8; S : 36°,8. Injection sous-cutanée de morphine de 0 gr. 01, matin et soir.

30 décembre. T. M. 36°,6; S : 36°,4; il est impossible de chiffrer les pulsations trop faibles à l'artère radiale. Respiration sifflante entremêlée de râles muqueux. — Mort dans la nuit du 30 au 31 décembre.

AUTOPSIE. — Dégénérescence graisseuse du cœur assez accusée au niveau du ventricule droit, pas d'autre lésion à noter ici. Les *poumons*, fortement refoulés par le développement considérable du foie, sont comme exsangues.

Le foie a pris des proportions colossales; il mesure 37 centimètres de longueur sur 34 de large, l'extrémité inférieure réniforme arrive jusqu'à la fosse iliaque droite et se rejoint au reste de l'organe par une portion relativement étranglée, située à 2 ou 3 travers de doigts au-dessous des fausses-côtes.

Au niveau de la portion étranglée, la face antérieure de l'organe est comme excavée, et, là, la capsule de Glisson est épaissie et a pris un aspect nacré. Dans le sens transversal, le foie s'étend jusqu'à l'hypochondre gauche qu'il remplit en totalité. Cette masse est farcie de blocs d'une substance d'aspect blanchâtre stéatomateuse s'écrasant facilement sous le doigt. Ces blocs varient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une grosse noix; les blocs les plus volumineux, lorsqu'ils sont superficiels, sont déprimés à leur centre; ces masses néoplasiques semblent groupées dans un certain ordre, forment des espèces d'arborescences dont la partie centrale est occupée par les blocs plus volumineux, et la périphérie par des masses de plus en plus petites.

Dans l'intervalle de ces agglomérations, le tissu hépatique a perdu son aspect normal, il est transformé en une substance homogène, couleur chair de saumon, d'une mollesse extrême. La diminution de consistance de l'organe dans son ensemble est telle que, dès qu'on le saisit dans un point où dans un autre, il se déchire immédiatement, éclate pour ainsi dire en larges fissures qui se combleraient de la substance stéatomateuse de la néoplasie.

Rien à noter pour la *rate*. — L'*estomac* et le *tube intestinal* sont indemnes. — Les *reins* ne présentent qu'une légère décoloration avec une teinte saumon; leur tissu est ramolli.

L'*utérus*, à première vue, n'est pas sensiblement augmenté de volume. On trouve dans la cavité utérine, près de l'orifice interne du col, une masse du volume d'une noisette, sessile sur la muqueuse de la cavité, mûriforme, composée de mamelons les uns rougeâtres les autres grisâtres, le tout d'une consistance assez molle. Le col de l'*utérus* est intact.

Examen histologique. — Mon ami le Dr Brissaud a bien voulu faire l'examen histologique des lésions hépatiques et de la tumeur utérine. Voici la note qu'il m'a remise.

Les parties saines du foie, examinées au microscope, ont

subi, malgré leurs apparences, des modifications que l'inspection à l'œil nu ne pouvait révéler. En premier lieu, on remarque que les intervalles des séries rayonnantes des cellules sont considérablement distendus et traversés par destrabécules fibrillaires nombreuses parsemées de noyaux fins; l'aspect du tissu conjonctif rappelle donc assez exactement celui d'un tissu de muqueuse. Il en résulte d'ailleurs, pour les cellules hépatiques elles-mêmes, des altérations de forme et de consistance qu'il est inutile de décrire en détail. Mais, ce qui ressort le plus nettement de l'étude des coupes, c'est le fait d'une augmentation notable du nombre des canalicules biliaires dans les espaces interlobulaires. Au lieu de 3 ou 4, chiffres moyens dans l'état normal, on en compte six à huit dans tous les espaces; ces canalicules, toutefois, n'ont pas subi de grandes modifications; ils sont remplis de cellules cubiques qui se fondent les unes avec les autres, sur la plupart d'entre eux; leur calibre est un peu inférieur à celui des tubes de cette espèce, examinés à l'état sain.

Dans les parties malades, les lésions sont de telle nature que le diagnostic de la tumeur s'impose immédiatement. Il s'agit d'un épithélioma à cellules cylindriques; tantôt cette tumeur se présente sous la forme d'agglomération de tubes serrés, comprimés, tortueux; tantôt elle affecte la forme kystique; et les petites cavités dont il s'agit sont tapissées de cellules épithéliales identiques à celles qui revêtent la paroi des tubes.

Si l'on compare cette formation morbide aux altérations constatées dans les parties les plus saines, on acquiert aussitôt la conviction que celles-ci ont été le point de départ du processus, et que les canalicules biliaires des espaces ont été les centres de développement du néoplasme épithélial.

Quant à la petite tumeur du col de l'utérus, elle consiste en une production sarcomateuse née à la surface de la muqueuse, et séparée du parenchyme musculaire par une bande encore intacte de muqueuse utérine. Il est cependant assez difficile d'affirmer catégoriquement la nature de cette production. Sans doute, les éléments sarcomateux prédominent; mais, comme il n'existe plus trace de revêtement épithélial, on ne peut exactement savoir si une certaine partie de la tumeur n'a pas été éliminée; la richesse considérable du lacis capillaire sanguin et l'abondance des foyers hémorragiques au sein des faisceaux sarcomateux justifient en partie cette supposition.

Un examen plus approfondi des préparations fournirait peut-être des renseignements plus précis à cet égard. Ce qu'il est seulement permis de dire aujourd'hui, c'est que la

tumeur *ne paraît pas* construite sur le même type que la tumeur hépatique; mais, cela est un point qu'il faut réserver, car les erreurs de diagnostic, dans les cas de ce genre, sont faciles à commettre.

RÉFLEXIONS.—Il ne sera peut-être pas inutile de revenir sur quelques points de cette observation. Ainsi, il y est dit que le palper abdominal faisait reconnaître l'existence de deux tumeurs, l'une occupant la région épigastrique et une partie de l'hypochondre droit, l'autre la partie supérieure de la fosse iliaque, et que ces deux tumeurs paraissaient complètement isolées. L'autopsie montre que ces deux tumeurs n'étaient bien qu'une seule et même tumeur, que l'hypertrophie hépatique, après avoir rempli la région épigastrique et l'hypochondre droit, se prolongeait pour ainsi dire en point jusqu'à la fosse iliaque, et que cette portion réniforme se rattachait au reste de la masse par une sorte de collet excavé à sa partie antérieure. Cette disposition est loin d'être exceptionnelle; je l'ai déjà rencontrée dans plusieurs cas d'hypertrophie hépatique de diverse nature et je crois, avec M. le professeur Lasègue, qui fait souvent cette remarque dans ses cliniques, que plus d'un prétendu rein mobile n'est rien autre que cette languette hépatique. On s'explique ainsi, pour le dire en passant, pourquoi les reins mobiles sont presque toujours situés à droite.

Quoi qu'il en soit, il reste encore à établir pour quelle raison le ligament suspenseur joue en quelque sorte le rôle d'un lien constricteur, limitant le développement anormal de l'organe à sa partie moyenne, tandis que l'hypertrophie hépatique semble s'accuser d'autant plus à droite et à gauche.

Quant à la gouttière transversale qui établit une ligne de démarcation entre la masse principale et son prolongement vertical, son mode de formation me semble assez facile à concevoir.

Il convient tout d'abord de déclarer que cette gouttière peut s'observer aussi bien chez des hommes que chez des femmes, et qu'il n'y a donc pas lieu de l'imputer à l'usage de tel ou tel vêtement. Il paraît au contraire indiscutable que cette gouttière est due à l'impression que les dernières côtes, dans leur jeu continu, finissent par laisser sur la

face antérieure de la masse hépatique anormalement développée.

Au point de vue clinique, cette gouttière mérite considération ; c'est elle qui fait croire à l'existence de deux tumeurs distinctes ; c'est en raison d'elle qu'on devra quelquefois rattacher au foie une tumeur du flanc droit et de la fosse iliaque, qui, au palper, semble complètement indépendante de cet organe.

On dit que l'épithéliôme cylindrique du foie est ordinairement secondaire, « Nous admettons toutefois, ajoutent MM. Ranvier et Cornil, la possibilité d'un épithéliôme primitif du foie ». Je pensai tout d'abord que j'avais devant les yeux un épithéliôme primitif du foie ; mais, sachant bien qu'une telle conclusion n'est valable que si l'examen cadavérique a été poursuivi en entier, j'examinai minutieusement les divers organes et trouvai dans la cavité de l'utérus, qui semblait normal à première vue et dont le col était absolument intact, la petite tumeur dont il a déjà été question.

L'épithéliôme hépatique était-il donc réellement secondaire ? La petite tumeur utérine avait-elle été l'objet du processus anatomique, le foyer primordial d'où se seraient éparpillés les éléments morbides, jusqu'au parenchyme du foie pour y germer et y pulluler ? Le volume comparatif des deux ordres de lésion n'était pas en opposition formelle avec cette hypothèse. Le plus mince amas de matière tuberculeuse peut être le point de départ de la généralisation la plus complète.

L'examen histologique devait seul résoudre la question. On a vu qu'il a établi qu'il était impossible de préciser exactement la nature intime de la néoplasie utérine, qu'il s'agissait très probablement d'un sarcome, qu'en tous cas, cette néoplasie n'était pas construite sur le même type que la tumeur hépatique.

Ainsi, le même trouble général de la nutrition avait produit ici un épithéliôme cylindrique, là un sarcome. Il est bien vrai que les manifestations d'un même état diathésique sont ordinairement similaires ; mais, cette loi, il ne faut pas l'oublier a aussi ses exceptions. Et ces exceptions ne sont pas rares ; récemment, j'ai présenté à la Société un myxôme de la pie-mère, qui avait été trouvé chez une jeune

femme atteinte de syphilis constitutionnelle, et qui avait succombé pendant une attaque épileptiforme.

La différence si tranchée entre le volume des deux néoplasies s'explique déjà par la structure des organes où elles se sont respectivement développées ; elle peut s'expliquer en partie aussi par la différence d'activité fonctionnelle. La malade était d'un âge où la vitalité utérine est en quelque sorte abolie, où l'activité hépatique peut être relativement amoindrie, mais persiste encore avec une certaine intensité.

34. Note sur les altérations des nerfs de la peau, dans un cas de vitiligo ; par J. DÉJÉRINE, chef de clinique de la Faculté (1).

J'ai eu l'occasion de pratiquer dernièrement l'examen des nerfs de la peau dans un cas de vitiligo, et j'ai constaté de la manière la plus nette les altérations signalées par M. Leloir dans cette affection. (Leloir. *Compt. rend. de l'Ac. des sc.* 1879). Le malade qui fait le sujet de cette observation était un homme d'une trentaine d'années, arrivé à la dernière période de la tuberculose et qui mourut dans le service de M. le Dr HARRY à la Charité, salle St-Charles, lit n° 5. Cet homme présentait sur le prépuce et sur la face interne de la cuisse gauche, des plaques de vitiligo, disposées ainsi que suit. Sur le prépuce existait une plaque de la grandeur d'une pièce de 2 francs, annulaire, entourant complètement le prépuce, et présentant la coloration blanche caractéristique de cette affection. La plaque de la cuisse était du volume d'une pièce de 5 francs, et présentait les mêmes caractères que la plaque précédente.

L'examen anatomique fut pratiqué de la façon suivante : Une heure après la mort, j'enlevai avec un bistouri bien tranchant les deux plaques de vitiligo avec le tissu cellulaire sous-jacent, et, par une dissection minutieuse à l'œil nu et à la loupe, j'enlevai les nerfs situés à la face profonde du derme. Après une première dissociation grossière, consistant simplement à fendre leur gaine lamelleuse, ces nerfs furent plongés pendant 24 heures dans une solution d'acide osmique à 1/200, puis dissociés de nouveau, lavés à l'eau distillée et plongés dans le picro-carmin pendant 24 heures. Après ce séjour dans ce dernier réactif, chaque faisceau fut minutieusement dissocié dans le picro-carmin,

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Vulpian.

et les préparations furent montées dans la glycérine picro-carminée.

Examen histologique. A un faible grossissement (60° diamètres) on se rend bien compte de l'altération que l'examen à l'œil nu, après action de l'acide osmique, faisait déjà soupçonner ; le tube nerveux présente en effet une teinte grisâtre, au lieu de la coloration noire caractéristique. Avec le faible grossissement signalé plus haut, la préparation a un aspect tout particulier. Au lieu de se montrer sous forme de filaments noirâtres, existant en grand nombre dans chaque préparation, la plupart des tubes nerveux n'ont nullement fixé l'acide osmique, il n'y en a qu'un petit nombre, en effet qui présente l'apparence caractéristique de l'état normal. A un plus fort grossissement, l'altération constatée est la suivante : Tout d'abord, comme l'examen précédent le montrait déjà, il y a un certain nombre de tubes sains, ayant leurs caractères histologiques normaux ; cylindre de myéline partout continu, sauf au niveau des étranglements qui sont parfaitement nets, dépressions de Lantermann et incisures de Schmidt parfaitement nettes sur quelques-uns d'entre eux ; enfin, dans chaque segment intra-annulaire un seul noyau, fortement coloré en rose par le picro-carmin, logé dans une encoche de myéline ; au centre de la myéline, cylindre-axe partout continu. En un mot, tubes nerveux parfaitement normaux. D'autre part, un grand nombre d'éléments fibrillaires, à double contour, ne s'anastomosent pas entre eux, rectilignes ou flexueux suivant le mode de dissociation, possédant dans leur intérieur une série de noyaux équidistants. Ces éléments, ainsi que le montre un grossissement au 300° sont des gaines vides, leur membrane plissée longitudinalement est renflée par places, au niveau des noyaux que ces gaines contiennent, et, sur un grand nombre, les deux parois ne sont nullement accolées, mais situées à une certaine distance l'une de l'autre dans l'intervalle des noyaux, dans toute la longueur de la gaine. L'interprétation histologique de ces gaines est on ne peut plus facile, il s'agit de gaines de Schwan vides de leur contenu. C'est le stade ultime de l'atrophie du tube nerveux, lorsque sa myéline et son cylindre-axe ont disparu sous l'influence de la névrite parenchymateuse, la gaine de Schwan subsiste seule, dernier vestige du tube nerveux préexistant, et elle peut persister longtemps, indéfiniment même croyons-nous. J'ai rencontré en effet ces gaines vides dans les racines antérieures de malades ayant eu une paralysie infantile dans les premières années de

leur existence, et morts dans l'âge adulte d'une maladie intercurrente.

Les racines antérieures de la moelle, correspondant au foyer de myélite ancien, ne présentaient que des gaines vides, avec les mêmes caractères que ceux que je viens de décrire. Membrane protectrice du tube nerveux, la gaine de Schvan ne se développe pas du reste de la même façon que son contenu, elle existe chez le fœtus, je l'ai constatée par moi-même plusieurs fois, à l'état de gaine vide, longtemps avant de contenir un cylindre-axe et de la myéline dans son intérieur.

En résumé, sur chaque préparation, on constate quelques tubes sains, et un très grand nombre de gaines vides, dans une proportion difficile à évaluer exactement, mais on peut estimer approximativement que ces dernières sont aux tubes sains, comme 5 est à 1. Nulle part, je n'ai constaté de nerfs en voie d'altération, nulle part je n'ai observé de fragmentation de la myéline d'un tube nerveux, végétation de son protoplasma, multiplication de ces noyaux, nulle part, en un mot, je n'ai constaté de névrite parenchymateuse en voie d'évolution. Tubes sains en petit nombre, gaines vides en grand nombre, je n'ai pas constaté autre chose. L'existence de ces nombreuses gaines vides implique forcément l'existence d'une névrite parenchymateuse antérieure, ayant détruit leur contenu.

L'absence de toute altération sur les tubes nerveux subsistants implique non moins forcément la conclusion que l'on a affaire à un processus éteint. La relation entre cette névrite ancienne et le vitiligo est non moins évidente, et le cas que je publie confirme pleinement l'existence dans le vitiligo d'une lésion nerveuse que Leloir a décrite le premier dans cette affection. Le cas auquel j'ai eu affaire était un cas ancien, l'examen des nerfs le démontre surabondamment. A quelle époque ce vitiligo était-il survenu ? Il m'est impossible de le dire, le malade n'ayant pu me donner aucun renseignement à cet égard.

Le Secrétaire,

Ch. FÉRÉ.

FÉVRIER.

Séance du 4 février 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. M. BOUCHER montre un *placenta* qui aurait été expulsé six mois après l'accouchement. Mais, les renseignements fournis par la malade sont trop incomplets pour qu'on puisse affirmer absolument qu'il ne s'agit pas d'un avortement.

2. **Hypertrophie du cœur. — Néphrite interstitielle;** par
BOUILLI, interne des hôpitaux.

Le nommé Hantz Jean Claude, âgé de 64 ans, occupe le lit n° 16, salle Sainte-Foy, à l'hospice de Bicêtre, service de M. DEBOVE.

Ce malade, qui était depuis longtemps à l'infirmerie de Bicêtre, fut soigné par M. Bouchard et par M. Debove. On avait posé le diagnostic lésion mitrale, basé sur les signes suivants: Teinte jaunâtre et légèrement cyanosée, tellement caractéristique, qu'on aurait pu deviner la maladie à distance. Battements cardiaques fréquents et irréguliers; accès de palpitations. L'auscultation ne révèle qu'une irrégularité dans les bruits du cœur. Aux membres inférieurs, œdème ayant débuté par les malléoles et ayant envahi consécutivement leur partie supérieure et le scrotum. Urines albumineuses.

De temps en temps, survenaient des crises d'asystolie pendant lesquelles la suffocation était intense, les œdèmes augmentaient et envahissaient l'abdomen. Ces crises étaient calmées par la digitale, et tout rentrait dans l'ordre pendant plusieurs semaines, quelques fois pendant plusieurs mois.

AUTOPSIE.— Le diagnostic, si vraisemblable qu'il parût, ne fut pas exact: il s'agissait d'une néphrite interstitielle

primitive avec une lésion cardiaque. Le cœur était bien pris, mais il l'était secondairement.

L'hypertrophie est totale, occupant les quatre cavités du cœur, mais elle est plus marquée au ventricule gauche. Les valvules ne présentent point de lésion ; il n'y a ni rétrécissement, ni insuffisance. — Sur la coupe du cœur, on aperçoit dans l'épaisseur de la paroi, mais surtout dans les piliers des tractus fibreux, confirmés d'ailleurs par l'examen microscopique, tractus signalés par M. Debove et auxquels il a cru devoir rapporter l'hypertrophie.

Les deux reins présentent des signes de sclérose. Lorsqu'on a enlevé la capsule, on la trouve inégalement mamelonnée. La lésion est plus prononcée sur le rein droit, qui pèse 40 grammes, que sur le rein gauche, qui pèse 220 grammes, poids qui est au-dessus de la normale.

Le foie, légèrement cardiaque, pesait 1,015 grammes.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plusieurs points de vue. Elle montre :

1° Qu'une affection cardiaque d'origine rénale peut simuler une affection primitive du cœur. Le seul signe, qui aurait peut-être permis d'éviter l'erreur, était l'absence de souffle cardiaque ; mais, on sait que les souffles manquent fréquemment lorsqu'il y a une grande irrégularité des battements cardiaques.

2° Il y avait, de plus, chez notre sujet, une grande disproportion entre les lésions rénales et cardiaques ; la seconde étant plus avancée que la première ; aussi, le malade est-il mort par le cœur.

3° Il est difficile d'admettre, comme l'ont soutenu certains auteurs, que l'hypertrophie reconnaît une cause mécanique. La disproportion entre l'hypertrophie du cœur et l'atrophie rénale nous le montre suffisamment.

4° Remarquons l'inégalité des lésions dans l'un et l'autre rein, suffisamment indiquée par leur poids différent. Ce serait donc un tort de croire, qu'en pareille circonstance, les deux reins sont toujours affectés au même degré.

3. M. H. de Boyer fait une communication sur la *topographie crânio-cérébrale du macaque*, qu'il a étudiée sur huit sujets, par le procédé des fiches, employé par MM. Broca et Féré. A l'aide d'un cadre gradué dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, et placé perpendiculairement à

la verticale sur la convexité de la tête, il croit pouvoir retrouver les rapports généraux des circonvolutions sans avoir préalablement enlevé les téguments pour reconnaître les sutures. Ces recherches ont été faites surtout au point de vue de l'expérimentation sur le vivant. M. de Boyer se propose de les répéter sur d'autres animaux.

M. FÉRÉ. C'est notre maître M. Broca qui a étudié le premier la topographie cranio-cérébrale chez le singe, son observation a porté sur un cynocéphale sphinx. (*Bull. Soc. Anthropol.*, 1877, p. 262.) Depuis plusieurs mois, grâce à la libéralité de M. le professeur Georges Pouchet, nous avons pu étudier au Muséum près de trente singes appartenant à différentes espèces qui ont succombé à une épidémie de fièvre typhoïde; c'est ce qui nous permet de faire quelques objections.

Le cadre gradué, en supposant qu'on puisse toujours l'appliquer exactement suivant la norme verticale, ne peut pas donner des résultats exacts chez tous les sujets d'une même espèce, quel que soit le volume de leur tête et quel que soit leur âge, puisque les situations des sillons du cerveau, considérés dans leurs rapports avec les diamètres céphaliques, varient suivant ces conditions. Si on avait examiné un nombre assez considérable d'animaux du même âge pour avoir les rapports exacts des sillons cérébraux avec les sutures, le plus sûr serait encore de chercher à les reconnaître sur le vivant, au moyen de points osseux saillants ou d'autres points de repères osseux, comme nous l'avons fait chez l'homme. Du reste, M. le Dr de Boyer n'a pas déterminé l'âge des animaux qu'il a examinés; cette détermination eût eu un certain intérêt. On sait, en effet, que, chez l'homme, pendant toute la période de développement, il existe une variation à évolution régulière dans les rapports du cerveau et du crâne; ces variations résultent de ce que le développement des lobes cérébraux et des os du crâne qui les recouvrent ne s'effectue pas parallèlement. Chez d'autres mammifères, au contraire, le cerveau et le crâne semblent avoir un développement proportionnel ainsi, j'ai eu occasion d'examiner trois chiens de la même portée, tués à huit et quinze jours d'intervalle, avec des

variations relativement considérables du développement du crâne, le sillon crucial offrait cependant chez tous trois exactement les mêmes rapports avec le bregma. Les singes de même espèce et de différents âges que j'ai pu examiner, m'ont paru se rapprocher beaucoup du chien à cet égard. M. de Boyer dit qu'il a trouvé constamment le sillon de Rolando à 2 ou 3 millimètres en arrière du bregma chez le macaque commun. Cette distance m'a paru au moins une fois plus considérable.

4. Tubercules du cervelet ; par DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Le nommé Gaulard Joseph, âgé de 47 ans, profession de journalier, est entré le 16 janvier 1881 à l'hôpital Saint-Anoine, salle Saint-Augustin, n° 6, service de M. DUGUET. Ce malade est souffrant depuis dix-huit mois ; il se plaint depuis cette époque de maux de tête continuels avec des exacerbations passagères. Le siège de cette douleur varie fréquemment, mais le front et le côté droit, au niveau de la fosse temporale, en sont le siège ordinaire. Outre la douleur de tête, le malade accuse des vomissements fréquents mais irréguliers dans leur apparition ; c'est ainsi qu'il vomit plusieurs fois par jour pendant une à deux semaines, puis survient un calme relatif, et, pendant un temps variable, les vomissements diminuent notablement de fréquence. Il paraît qu'ils se présentent aussi bien en dehors des repas qu'après l'ingestion des aliments, et le malade insiste sur ce fait important qu'ils se font facilement, sans nausées et sans efforts.

L'appétit a bien diminué dans ces derniers temps, aussi le malade a-t-il maigri d'une façon considérable. Les selles sont normales, il n'existe pas de constipation. En dehors de ces accidents, il existe des phénomènes spéciaux qui se présentaient de temps en temps au début de la maladie, mais qui se montrent beaucoup plus souvent depuis peu. Ce sont des pertes de connaissance fréquentes, précédées de vertige ; elles durent quelques minutes seulement et le malade, une fois sorti de son coma, n'a pas conscience de ce qui lui est arrivé. Quelquefois des vertiges existent seuls et ne sont pas suivis de perte de connaissance.

L'état de l'intelligence laisse beaucoup à désirer, la mémoire n'est plus ce qu'elle était auparavant ; mais, ce qui frappe surtout, c'est l'état d'hypochondrie dans lequel le malade est plongé. Le faciès est un peu altéré ; les traits sont légèrement déviés à droite, et la commissure du même

côté est tirée en haut. La langue, projetée hors de la bouche, porte sa pointe à gauche d'une façon notable, la luvette n'est pas déviée. La pupille est normale, l'ouïe n'est pas modifiée ni d'un côté, ni de l'autre.

Si nous examinons l'état de la sensibilité générale, nous la trouvons intacte dans tous ses modes et elle persiste dans toutes les parties du corps. Le malade est un peu faible, il n'a pas de fièvre, mais il tousse un peu. L'auscultation des deux poumons permet d'entendre une expiration rude et prolongée aux deux sommets et dans les fosses sus-épineuses; dans les mêmes points, la percussion donne un peu de submatité. Dans le reste des deux poumons, la respiration est normale. Rien au cœur. — Urine normale.

Tel est l'état dans lequel nous trouvons le malade à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUGUET.

Nous l'interrogeons sur ses antécédents et voici les renseignements obtenus : Le malade a vécu pendant 18 ans en Afrique, il était dans un régiment de Turcos. Là, il a eu à subir beaucoup de privations, mais il n'a jamais été atteint de fièvres intermittentes. En revanche, il s'est adonné à l'absinthe; aussi présente-t-il les accidents de l'alcoolisme chronique. Il nous est impossible de trouver chez lui des accidents de syphilis. Traitement. Toniques. Lait. Iodure de potassium.

Pendant vingt jours consécutifs, le malade présente les mêmes accidents; il se plaint toujours de céphalalgie; celle-ci est si violente par moments qu'il a de la photophobie et pousse des cris plaintifs. Les vomissements se répètent d'une façon irrégulière ainsi que les vertiges et les pertes de connaissance; la constipation n'a jamais existé. — L'absence de certains phénomènes et spécialement de la constipation, des troubles de la vie, avait laissé hésitant le diagnostic de tumeur cérébrale; mais, la persistance de ceux que le malade accusait l'établissent d'une façon précise.

Quelques jours avant sa mort, les pertes de connaissance deviennent plus fréquentes et c'est à la suite de l'une d'elles qu'il succomba. Il nous a été donné d'assister à cette attaque, et voici comment elle se présenta. Tout d'un coup et sans cause appréciable survinrent des tremblements et des secousses dans les muscles de la face et dans les bras; les yeux aussi se mirent à rouler dans l'orbite; puis, le visage devint rouge, les veines du front se gonflèrent, des sueurs se montrèrent dans les mêmes parties, les pupilles se dilatèrent et un peu d'écume apparut sur le bord libre des lèvres. Après quelques secondes, on entendit quelques

ronflements, il y eut un peu de stértor; le malade paraissait dormir, mais on le trouva mort après cette attaque.

AUTOPSIE. — Les *méninges* sont absolument saines; il n'y a nulle part d'épaississement; en un mot rien d'anormal. La tente du *cervelet*, cependant, présente quelques adhérences avec la face supérieure du lobe droit de l'organe. Ce lobe droit présente un aspect spécial; c'est lui qui est le siège de la lésion. Son volume est notablement plus considérable que celui du lobe gauche, la tuméfaction n'est pas générale, mais surtout localisée au niveau de la grande circonférence. On remarque, à ce niveau, la disparition des sillons; et, sur une coupe parallèle aux faces, on trouve des points d'un jaune verdâtre, de la grosseur d'un haricot et disséminés dans cette partie du *cervelet*. Quelques petits points, de la grosseur d'un grain de semoule, sont disséminés autour des plus gros noyaux. La substance nerveuse interposée à ces noyaux et jusqu'à la surface du lobe présente un aspect gélatiniforme très accusé. Nous avons trouvé au microscope des cellules géantes dans ces noyaux; ce sont donc des tubercules du *cervelet*. Cette opinion est d'autant plus fondée que nous avons trouvé des tubercules aux deux sommets des poumons. Le lobe droit du *cervelet* était absolument sain, de même que le cerveau. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal.

5. Rétrécissement de l'S Iliaque par un épithéliome à cellules cylindriques. — Anus artificiel. — Mort par péritonite purulente. — Hypertrophie considérable de la tunique musculieuse de l'intestin; par E. BOULEY et MARCIGUEY, internes des hôpitaux.

La nommée Joris, âgée de 45 ans, blanchisseuse, entrée le 5 janvier 1881, hôpital St-Antoine, dans le service de M. DIEULAFOY (salle Sainte-Adélaïde, lit n° 16).

Antécédents. Mère morte à 65 ans d'une affection pulmonaire. Père encore vivant. — Pas de maladies antérieures, pas de syphilis.

L'affection a débuté, il y a une année environ, par des crampes et des douleurs de ventre. L'appétit était bon, mais, déjà, depuis quelque temps, la constipation était habituelle. La malade n'allait à la garde-robe qu'à l'aide de purgatifs. Depuis 4 mois, les douleurs de ventre reviennent par accès et sont plus vives, les selles plus difficiles, la patiente ne rendant que quelques matières dures et arrondies à quelques jours d'intervalle. Il y a 2 mois, elle dit

être restée près de trente jours sans aller à la garde-robe ; elle rendit alors des matières fécales dures, de la grosseur du doigt et en petite quantité. Elle eut une nouvelle période de constipation de 15 jours. C'est depuis ces quinze jours surtout que le ventre a augmenté de volume. Elle est allée à la selle pour la dernière fois, le 4 janvier, la veille de son entrée à l'hôpital : matières dures et effilées. Jamais de selles sanguinolentes.

Depuis longtemps déjà, les forces ont diminué, l'appétit est perdu. L'amaigrissement a fait des progrès rapides.

État actuel. Face amaigrie et légère teinte jaune-paille. — Langue rouge et sèche. — Borborygmes et renvois très fréquents. Vomissements glaireux. Ventre considérablement tuméfié, surtout du côté droit. Par moments, on voit se dessiner les anses intestinales qui soulèvent la paroi abdominale. On entend alors un bruit de gargouillement et la malade accuse des douleurs très-vives. La palpation n'est pas très douloureuse. La malade accuse seulement des douleurs spontanées et continues dans la région épigastrique et au voisinage de l'ombilic. La paroi abdominale est très tendue et on ne sent aucune tumeur au travers. La percussion donne de la sonorité à peu près partout.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement. Par le toucher rectal, on tombe dans l'ampoule rectale plus dilatée qu'à l'état normal. Le doigt, poussé aussi loin que possible, ne sent aucune tumeur ni aucun point rétréci sur le rectum. La constipation est opiniâtre, les gaz mêmes peuvent à peine passer, et la malade en éprouve alors beaucoup de soulagement. Un lavement administré aujourd'hui n'a produit aucun résultat. Traitement. Lavement ; glace à l'intérieur ; régime lacté.

7 janvier. — Même état. — Nausées. — Contractions intestinales douloureuses. — Traitement. Deux injections de morphine. 5 pilules extrait de belladonne de 0 gr. 01 centigramme.

8 janvier. Même ballonnement. Mêmes crampes douloureuses. Rien ne passe, pas même les gaz. M. Périer examine la malade et pense à un carcinôme siégeant vers l'extrémité inférieure de l'intestin, vers l'S iliaque. Toutefois, il ne croit pas arrivé le moment de pratiquer un anus artificiel. Il conseille de faire passer par le rectum un courant d'eau à une certaine pression, de manière à essayer de vaincre l'obstacle. L'irrigation est pratiquée à l'aide d'une sonde à injection vaginale, introduite dans le

rectum et mise en communication par un tube de caoutchouc avec un seau rempli d'eau tiède, placé au-dessus du lit. Aucun résultat. L'eau ressort complètement claire et la malade n'évacue que quelques gaz.

9 janvier. Tympanisme toujours considérable. — La circulation veineuse abdominale commence à se développer. On recommence les irrigations sans plus de résultat.

10 janvier. On suspend les irrigations. — On calme les douleurs de la malade par la belladone et la morphine. Les jours suivants, l'état de la patiente va s'aggravant. Evacuation de quelques gaz.

15 janvier. Expulsion par l'anus de quelques matières fécales, en très petite quantité (volume d'un œuf de poule environ), brunâtres et ressemblant à des grains de raisin agglutinés l'un à l'autre.

17 janvier. Vomissement glaireux.

18 janvier. Vomissements fécaloïdes. — Douleurs abdominales très violentes. Face amaigrie et grippée. Pouls petit sans être très-fréquent. Pas d'augmentation de la température.

19 janvier. Persistance des vomissements fécaloïdes. Ballonnement considérable. — Contractions intestinales violentes et douloureuses. Dyspnée très prononcée.

20 janvier. Opération. En présence de ces symptômes graves, M. Périer se décide à pratiquer l'entérotomie. Il fait un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. Aussitôt l'intestin ouvert, on voit partir un jet de matières fécales, liquides, noirâtres, exhalant une odeur infecte. Il en sort plusieurs cuvettes. Dans la journée, la malade a eu un petit frisson. Le soir, peau chaude. T. 39°. P. 120. — Ventre douloureux. — Pas de vomissements.

21 janvier. La malade est soulagée. — Les matières fécales s'écoulent d'une manière lente et presque continue par l'anus artificiel. Le soir, peau chaude, ventre douloureux à la pression. T. 38° 8; P. 120.

22 janvier. Douleurs abdominales. — Pouls petit et fréquent. T. 39.

23 janvier. La malade est très altérée et éprouve beaucoup de difficulté pour avaler, à cause de la sécheresse de la bouche. — Ventre douloureux. — Pouls petit et rapide. T. matin 39. Soir 39°, 2.

24 janvier. Hoquets cette nuit. Quelques vomissements sans effort. T. 39°. Trait. Opium et boissons glacées.

25 janvier. Face amaigrie. — Yeux de plus en plus excavés. — La malade ne veut et ne peut rien prendre par la bouche. — Langue rouge et sèche. Par l'anus artificiel,

il s'écoule du mucus glaireux. — M. Périer enlève les fils à ligature. Traitement. On injecte du lait par les deux bouts de l'intestin. — Mort à 4 h. T. 40°, prisé dans l'aisselle 1¼ d'heure après la mort.

AUTOPSIE, pratiquée le surlendemain. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une péritonite purulente généralisée avec fausses membranes et adhérences sur certains points des anses intestinales. — Le pus s'est collecté surtout dans le petit bassin, autour de l'utérus (un verre environ). — Aucun épanchement de matières fécales dans le péritoine. Les adhérences celluluses très régulières établies au pourtour de l'anus artificiel ne peuvent guère en avoir permis la sortie. Les anses intestinales, l'estomac sont considérablement ballonnés.

L'*anus artificiel* a porté sur le colon descendant. — Au niveau du point de jonction de l'S iliaque et du rectum, on trouve un *rétrécissement* annulaire très serré, si bien que l'intestin paraît comme étranglé par un cordon circulaire.

Etat de l'intestin. 1° *Au niveau du rétrécissement.* Le rétrécissement est tellement serré qu'il n'admet pas même l'extrémité du petit doigt. Il est exactement circulaire, et occupe toute la circonférence de l'intestin. Sa hauteur n'excède pas 1 centimètre. A son niveau, la muqueuse a subi des modifications profondes; elle est légèrement ulcérée, et remplacée par un tissu friable, qui a envahi presque toute l'épaisseur de la paroi intestinale. Ce tissu a également poussé quelques bourgeonnements rougeâtres, à 1 centimètre au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et absolument analogues comme aspect aux bourgeons charnus.

2° *Au-dessous du rétrécissement*, l'intestin paraît sain. — Le rectum, plutôt dilaté que rétréci, contient quelques matières fécales molles et jaunâtres.

3° *Au-dessus du rétrécissement.* L'intestin forme une petite ampoule dans laquelle on rencontre cette matière visqueuse, colloïde, analogue à celle que nous avons vu sortir par l'anus artificiel le dernier jour, pendant la vie de la malade. On y trouve aussi quelques matières fécales moulées, dures et arrondies, et un petit calcul jaunâtre, aplati, de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

La muqueuse paraît saine. Absence complète d'*ulcérations*. Ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement considérable des parois intestinales. Cet épaississement n'est pas localisé à une petite distance au-dessus du rétrécissement,

mais remonte à plus de 5 mètres au-dessus. Il occupe les côlons descendant, transverse, ascendant, le cœcum, et une grande partie de la portion inférieure de l'intestin grêle.

L'épaisseur des parois intestinales mesure sur le côlon descendant, au-dessus du rétrécissement, 12 millimètres; sur le côlon transverse et ascendant, 10 millimètres; sur le cœcum, 8 millimètres; sur la partie inférieure de l'intestin grêle, 5 millimètres, puis va en décroissant.

A la coupe, cet épaissement est formé surtout par un tissu blanchâtre, lardacé, très dur, criant sous le scalpel, et comprenant deux couches superposées, très nettes, très régulières, à peu près d'égale épaisseur. Elles sont situées au-dessous de la muqueuse qui paraît saine, et accolées immédiatement au péritoine, occupant par conséquent exactement la place des deux couches musculaires à fibres longitudinales et à fibres circulaires de l'intestin. Au-dessous, le péritoine viscéral n'est pas épaissi, à part sur les points où il est recouvert de fausses membranes tenant à la péritonite.

Foie, sain. Aucun noyau cancéreux. Utérus et annexes, reins, sains. Poumons, congestion de la base du poumon droit; anthracosis assez prononcé.

Examen histologique. Le néoplasme qui a produit le rétrécissement annulaire de l'intestin, est un type très net d'épithéliome tubulé à cellules cylindriques.

Le tissu blanchâtre, lardacé, que nous avons signalé comme constituant presque à lui seul l'épaississement des tuniques intestinales, est formé exclusivement de *fibres musculaires lisses*, formant deux plans superposés, à peu près d'égale épaisseur, l'un à fibres longitudinales, et l'autre à fibres circulaires. Ces deux plans, d'ailleurs, nous l'avons déjà dit, étaient des plus visibles, même à l'œil nu. La couche musculaire de la muqueuse est elle-même très manifestement hypertrophiée.

La tunique celluleuse paraît à peine augmentée de volume. Signalons cependant une prolifération de tissu conjonctif sous-péritonéal, au niveau du rétrécissement.

RÉFLEXIONS. — Les auteurs, d'après les quelques recherches que nous avons faites, n'attachent pas une grande importance à l'hypertrophie de la tunique musculieuse, au-dessus des rétrécissements anciens de l'intestin. La plupart signalent bien la présence d'un tissu blanchâtre, dur, lar-

dacé, infiltré dans les tuniques intestinales, mais le regardent plutôt soit comme une transformation fibreuse des parois intestinales, soit même comme du véritable squirrhe. En considérant que, dans la grande majorité des cas, l'examen histologique n'a pas été fait, nous nous demandons si on n'a pas été trompé par l'apparence, et s'il ne s'agissait pas plutôt là simplement d'une hypertrophie de la tunique musculieuse.

M. Lancereaux est un des premiers peut-être qui aient insisté sur cette hypertrophie de la couche musculaire, dans les rétrécissements anciens de l'intestin. Il est à peine besoin d'en rappeler la pathogénie. L'intestin s'hypertrophie au-dessus du rétrécissement, au même titre que le ventricule gauche s'hypertrophie dans le cas de rétrécissement aortique, ou la vessie dans le cas d'obstacle siégeant au niveau du col, et il s'hypertrophie dans l'élément qui doit entrer en lutte avec le rétrécissement, dans l'élément musculaire. C'est une sorte d'hypertrophie providentielle, pour nous servir de l'expression de Beau.

La paralysie des tuniques intestinales au-dessus du rétrécissement, invoquée volontiers par les auteurs, à côté du rétrécissement lui-même comme une cause secondaire pour expliquer l'arrêt des matières fécales, existe-t-elle bien en réalité? Il est bien permis d'en douter en présence de cette hypertrophie de la tunique musculaire et des contractions intestinales douloureuses, violentes, comme celles que nous avons pu observer pendant la vie chez notre malade.

Ces contractions puissantes et l'accumulation des matières fécales au-dessus du rétrécissement expliquent l'expulsion des véritables bourgeons cancéreux qu'on a pu observer dans quelques cas.

M. HOUEL dit que cette hypertrophie accompagne généralement la dilatation de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement.

6. M. MEUNIER communique un fait de *méningite traumatique*.

7. Note sur la localisation de la graisse dans le lobule hépatique dans certains cas de foie gras ; par A. MAVOR, chef du laboratoire d'histologie de Clamart, et Armand SIREDEY, interne des hôpitaux.

Dans un cas de variole hémorrhagique, ainsi que dans un cas d'éclampsie puerpérale, nous avons rencontré la graisse qui infiltrait le foie disposée d'une façon qui ne lui est pas habituelle.

Déjà, à un faible grossissement, on pouvait s'apercevoir qu'il ne s'agissait pas d'un cas de foie gras vulgaire. En effet, sur des coupes pratiquées après durcissement par l'acide osmique et l'alcool absolu, le lobule se montrait semé d'un grand nombre de points noirs siégeant aussi bien près de son centre qu'à la périphérie, situés presque à distance régulière les uns des autres et présentant une forme qui, au lieu d'être arrondie, semblait irrégulière, allongée, triangulaire ou polygonale. Cette disposition et cette forme suffisaient déjà à faire penser que la graisse n'était point ici déposée dans les cellules glanduleuses. En effet, en se servant d'un plus fort grossissement, on constatait que les gouttelettes graisseuses étaient accumulées dans l'intervalle des cellules hépatiques sur le trajet des vaisseaux, où elle formait de petites figures allongées ou polygonales à deux ou plusieurs prolongements. — On pouvait se demander dès lors si la matière grasse était située dans l'intérieur des vaisseaux ou en dehors d'eux. Si elle avait été contenue dans les capillaires sanguins, il se serait agi d'un cas d'embolie graisseuse, et, alors, les traînées noires se seraient montrées sous la forme de boudins plus volumineux, plus régulièrement cylindriques, présentant probablement des divisions correspondant à celles du réseau capillaire et pouvant par conséquent embrasser plus ou moins complètement certaines cellules hépatiques. — De plus, on aurait rencontré de la graisse dans les vaisseaux sanguins interlobulaires, ce qui n'est pas le cas.

Des matières grasses accumulées dans les capillaires biliaires auraient probablement affecté une forme analogue à celle que nous disons être caractéristique de l'embolie graisseuse dans les vaisseaux sanguins. De plus, il est infiniment probable que les vaisseaux biliaires interlobulaires n'auraient pas échappé à l'affection, ou se seraient graduellement remplis de la graisse amenée par les conduits intralobulaires. Or, pas une granulation noire n'indique le trajet de ces vaisseaux.

Les coupes pratiquées après durcissement par la même méthode, mais colorées au carmin neutre (24 h. dans une solution faible) nous ont permis de constater qu'au centre de chaque amas de granulations graisseuses se trouvait un noyau coloré en rose, apparaissant plus ou moins sous les gouttelettes qui l'entourent. Ce noyau appartient-il à la paroi des capillaires? Ceci nous paraît peu probable, car, d'une part, il nous a paru voir un certain nombre de noyaux ovales, situés évidemment dans les parois vasculaires, et restés absolument nets de tout entourage semblable. D'autre part, la forme même des amas noirs donne à penser qu'ils sont constitués dans une cellule plate, allongée, à plusieurs prolongements. Nous pensons donc qu'il est probable que la dégénérescence graisseuse ou la surcharge adipeuse aura atteint, ici, ces éléments aplatis, que l'on trouve dans la trame du lobule hépatique, et qui sont pour la plupart des auteurs, des cellules connectives tandis qu'Hering en fait des cellules glycogènes.

Nous n'avons trouvé jusqu'ici mention de ce fait que dans le manuel de Ziemssen. A l'article foie gras, il est dit que Perls a signalé, dans certains cas, l'accumulation de la graisse dans l'intervalle des cellules du parenchyme. Il admet qu'elle siège alors dans les canalicules biliaires. Il se sert, pour démontrer l'existence de cette surcharge graisseuse interstitielle, de l'action de l'acide osmique sur des coupes fraîches, qu'il corrode ensuite par l'hypochlorite de potasse. — Schuppel, auteur de l'article que nous citons, ajoute que cette opinion ne peut être admise avant de nouvelles recherches. Les préparations que nous avons eues sous les yeux nous permettent d'affirmer l'existence de la graisse dans l'intervalle des cellules hépatiques, et cela parce que, dans les cas dont il s'agit, la surcharge intracellulaire était très faible chez notre varioleux, nulle chez notre éclamptique, ce qui nous a permis d'étudier nos coupes avec plus de facilité. De plus, comme nous n'avons pas usé du procédé de la corrosion, nous avons pu interpréter nos préparations plus facilement que Perls, et donner quelques raisons qui nous font admettre une autre localisation pour les dépôts de graisse dans l'intervalle des cellules hépatiques.

Nous nous proposons de rechercher les conditions qui commandent cette localisation spéciale. Jusqu'à présent, ce que nous pouvons dire, c'est que, dans un second cas de variole, le foie présentait une forte surcharge adipeuse intra-cellulaire, et fort peu de graisse dans l'intervalle des cellules. — Il en était de même dans un cas de fièvre ty-

phoïde. — Un cochon d'Inde, mort après avoir reçu chaque jour pendant vingt jours une 1/2 goutte d'huile phosphorée en injection hypodermique, nous a montré un foie presque vierge de dégénérescence graisseuse. Les quelques granulations de cette nature qu'il présentait étaient contenues à l'intérieur des cellules glandulaires.

Séance du 11 février 1881.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

SÉANCE ANNUELLE.

8. Eloge de Broca; par Ch. MONOD.

Messieurs,

J'ai été averti, il y a quelques jours, que le Bureau récemment élu de la Société anatomique avait chargé l'un des vice-présidents sortants de prononcer aujourd'hui, dans votre séance annuelle, l'éloge de notre illustre collègue Broca.

Cet honneur m'est échu. J'aurais pu le décliner et laisser à un autre, plus digne et plus capable, le soin de vous rappeler le rôle considérable que Broca a joué parmi nous.

Je n'en ai rien fait. J'ai accepté au contraire avec empressement, malgré le peu de temps qui m'était laissé et malgré mon insuffisance, cette occasion de donner publiquement à mon excellent maître un témoignage de bien profonde, et, permettez-moi de le dire, de bien affectueuse estime.

Interne de Broca pendant dix-huit mois, associé ensuite à son enseignement, d'abord comme aide de clinique, puis comme chef de son laboratoire, appelé plus tard par lui à le remplacer à diverses reprises dans son service, honoré de sa confiance et d'une amitié dont il m'a donné de précieux témoignages, j'avais le droit et le devoir, comme on me l'écrivait de votre part, de ne pas reculer devant la tâche qui m'était imposée.

Vous n'attendez cependant pas de moi un éloge académique.

D'autres vous ont dit, et mieux que je n'aurais pu le faire, la vie et l'œuvre de cet homme excellent, de ce chirurgien instruit et ingénieux, de ce savant dont le nom est une des gloires de la France. L'Académie et la Faculté de médecine, la Société de chirurgie et la Société d'Anthropologie, l'Association française pour l'avancement des sciences, le Sénat, enfin, dans lequel Broca, à peine élu, venait de marquer sa place, ont proclamé à l'envi, par la voix de leurs membres les plus éminents, l'universelle douleur causée par sa mort.

On a rappelé, autour de cette tombe ouverte trop tôt, le vaste savoir et la belle intelligence de celui que nous pleurons; son travail opiniâtre et si extraordinairement fertile; la fermeté de son caractère et la sûreté de son commerce; cette passion de justice et de vérité qui ne souffrait aucun tempérament; la puissance de sa parole, qui, si parfois elle manquait un peu d'aisance, était toujours claire et allait droit au but; enfin, la sévère beauté de son style, qui arrivait à l'élégance par la sobriété.

Les uns ont vanté ses aptitudes chirurgicales, contestées à tort, et dont il a donné tant de preuves; d'autres cet amour de la science pure, qui nous a valu cette quantité prodigieuse de travaux tous importants; celui-ci ses qualités d'organisateur qui faisaient de lui à la Faculté et dans toutes les sociétés dont il fit partie, un membre utile, dont le concours, toujours prêt, était toujours recherché; celui-là ses vertus politiques, son amour de la patrie et de la liberté; tous son esprit de dévouement, son désintéressement, sa bonté, sa haute probité, qui forçaient l'estime même de ses adversaires.

Seule, la Société anatomique n'avait pas encore pris part à ce concert unanime. Elle n'a pas voulu, du moins, que cette séance solennelle, la première qui nous réunit tous depuis la mort de Broca, se passât sans que l'un de nous vint lui apporter un juste tribut d'admiration et de regret.

Et, certes, s'il est un lieu où retentisse encore la voix de Broca, c'est bien cette petite chambre, où, si longtemps, il fut sur la brèche, apportant ici, de semaine en se-

maine, de précieux matériaux de travail, provoquant la discussion, s'y jetant lui-même avec sa verve et son bon sens, contribuant ainsi, avec quelques amis ses émules, qui devaient bientôt, comme lui, devenir des maîtres, à donner à notre modeste société un éclat qu'elle n'avait jamais connu.

Elu membre adjoint en 1847, titulaire en 1849, Broca fut dès l'année suivante secrétaire, et un an plus tard président de notre Société (1850, 1851). La lecture même de ces dates, si rapprochées l'une de l'autre, montre la place qu'il avait du premier coup prise au milieu de nous. Dans les années qui suivirent, bien que ne faisant plus partie du bureau, il n'en resta pas moins un des membres les plus zélés de la Société, et l'un des plus assidus à nos séances. Jusqu'en 1868, époque à laquelle il est nommé membre honoraire, c'est-à-dire pendant plus de vingt années, nos Bulletins portent la trace de sa présence parmi nous. Tout récemment encore, dans les dernières années de sa vie, il se plaisait à revenir de loin en loin au milieu de ses jeunes collègues, toutes les fois que, dans ses recherches anthropologiques, il avait trouvé un point qui lui paraissait particulièrement digne de notre intérêt.

C'est qu'il n'oubliait pas que la Société anatomique avait été le théâtre de ses premières luttes scientifiques et comme le berceau de sa brillante carrière.

On voit, en effet, en parcourant la liste de ses nombreuses présentations, qu'il nous avait donné la primeur de la plupart des travaux qui ont illustré son nom.

Citons au hasard, et parmi les plus célèbres, ses recherches sur l'*arthrite sèche*, sur l'*anatomie pathologique des pieds bots*, sur la *pathologie des cartilages articulaires*, sur le *développement des os*, sur le *rachitisme*, sur le *cancer et sa définition histologique*, sur les *lésions de la cataracte*, et enfin sur la *localisation de la faculté du langage*.

Je ne puis tout dire. Le simple relevé de ses communications remplirait plusieurs pages. J'en ai fait le compte. Elles s'élèvent à plus de 250, et portent sur les points les plus divers de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique et de la tératologie.

Ce sont tantôt de courtes descriptions des pièces qu'il

mettait sous les yeux de ses collègues; tantôt des notes plus étendues qu'il rédigeait à loisir et dont il venait nous donner lecture; ou bien, enfin, de longs mémoires où il résumait, sous une forme didactique, les résultats auxquels l'avait conduit l'étude de ses préparations.

C'est ainsi qu'en 1850, à la fin du rapport général dont il avait été chargé comme secrétaire annuel, il traçait, à l'aide des nombreuses observations recueillies par Deville, par lui-même et par bien d'autres à leur suite, une histoire de l'arthrite sèche, qui sera toujours consultée avec fruit.

L'année suivante, il condensait de même en quelques pages ses recherches sur le pied bot, combattant vigoureusement et par des faits précis les théories de M. Jules Guérin sur la pathogénie de cette affection.

En 1852, un an plus tard, paraissait dans nos Bulletins son fameux mémoire sur le *rachitisme*, qui fut couronné par l'Académie des sciences. Une note du secrétaire, insérée au bas de la première page de ce travail, rappelle qu'il repose « sur l'examen d'un grand nombre de pièces mises pendant l'année, par M. Broca, sous les yeux de la Société anatomique. »

Ces quelques exemples suffiraient à montrer la méthode suivie par Broca dans son active collaboration aux travaux de notre Société. Plus qu'aucun autre, il travailla à la faire entrer dans la voie féconde où elle marche encore aujourd'hui.

Jusqu'à lui, et les rapports annuels reflètent bien cette tendance, la Société anatomique se contentait d'accumuler de riches éléments de travail, sans chercher à tirer des faits nombreux qu'elle observait, l'enseignement général qui pouvait y être contenu.

Le compte rendu des travaux de la Société n'était le plus souvent qu'un aride exposé de toutes les communications faites dans l'année, ou si l'on y trouvait parfois, suivant l'expression de Broca, « des éclairs de raisonnement scientifique, destinés à en rendre la lecture supportable, ils « étaient pour ainsi dire perdus au milieu d'une multitude « de faits isolés (1). »

(1) Compte rendu des travaux de la Soc. anatomique pour l'année 1850, par P. Broca, secrétaire. *Bulletins de la Soc. anat.*, 1850, t. XXV, p. 398.

Jusqu'à cette époque aussi, les travaux originaux étaient rares, ou se bornaient aux rapports présentés à propos de quelques observations intéressantes.

Broca le premier rompit avec cette tradition.

Dans son rapport annuel de 1850, qui est resté un modèle du genre, il ne s'attache qu'aux faits réellement neufs, exceptionnels et controversés, et joint à l'analyse raisonnée qu'il en donne, l'étude synthétique de l'arthrite sèche que nous citons il y a un instant.

Il prélude par cet intéressant travail à cette longue série de mémoires qui devait donner à la lecture de nos Bulletins un attrait tout nouveau. Le bon exemple est contagieux. Il devait en être ainsi dans une société où se donne rendez-vous l'élite des jeunes générations médicales. Aussi l'appel de Broca fut-il entendu et l'on y répondit avec empressement. Les tables des Bulletins en font foi. C'est à partir de 1850, qu'à la liste des *pièces et observations* s'ajoute celle des *travaux originaux* qui ira grossissant d'année en année. C'est à cette période qu'appartiennent les recherches de *Lebert* sur divers points d'anatomie pathologique, celles de *Deville* sur les corps étrangers du péritoine, de *Verneuil* sur les fractures du radius et sur l'anatomie des hémorroïdes, de *Denucé* sur les luxations du coude, de *Trélat* sur les fractures du crâne, de *Houël* sur l'hydro-encéphalocèle, de *Gallard* sur l'hématocèle rétro-utérine et de tant d'autres que je ne puis nommer. Il n'est que juste de reconnaître la part considérable qui revient à Broca dans cette subite éclosion de travaux importants.

Et n'oublions pas que je n'ai pu vous indiquer qu'un des côtés de l'heureuse influence que sa constante activité eut à cette époque sur la marche de la Société anatomique. Il faudrait encore le suivre de séance en séance, le montrer toujours prêt, toujours agissant, examinant chacune des pièces déposées sur cette table, discutant les opinions des présentateurs, les combattant souvent, leur témoignant du moins l'intérêt qu'il portait à leurs communications.

Aussi, jamais nos réunions n'avaient été plus nombreuses, jamais les présentations plus multipliées, jamais notre Société n'avait atteint un pareil degré de prospérité.

Nos aînés ont gardé le souvenir de cette belle période, dans laquelle, à côté des jeunes maîtres que je nommais tout

à l'heure, brillaient au premier rang des hommes tels que Lebert, Deville, Broca et Verneuil.

Certaines discussions eurent même un grand retentissement qui s'étendit bien au delà des murs de cette enceinte. La Société anatomique, sous la puissante impulsion à laquelle elle obéissait, marquait définitivement sa place dans le mouvement scientifique contemporain.

Et comment ne pas rappeler à ce propos son intervention décisive en faveur des études histologiques, qui rencontrèrent au début, en France, une si ardente opposition ?

Broca aimait à évoquer le souvenir des luttes que ses collègues et lui avaient soutenues à cette occasion, et il faisait de la victoire qu'ils avaient remportée un des plus beaux titres de gloire de notre Société.

Je ne puis mieux faire que de le laisser parler lui-même (1) :

« C'est au sein de la Société anatomique », lisons-nous à la fin d'un de ses rapports, sur une observation de cancer, « qu'eut lieu la première communication de M. Lebert et la première discussion qui se soit produite en France sur ce sujet. Au milieu du dédain qui accueillait partout les nouvelles idées, l'histologie fut heureuse de trouver ici appui et protection »... et il ajoutait dans ce langage élevé qui lui était familier... « C'est un souvenir qui est bien propre, Messieurs, à nous remplir de satisfaction et qui porte avec lui plus d'un enseignement. Tandis que les corps officiels et les maîtres les plus illustres rejetaient l'histologie pathologique avec une sorte de mépris, et surtout avec une complète unanimité, une société modeste, composée de membres jeunes et obscurs, osait seule prendre parti pour les doctrines proscrites... Qu'est-il arrivé cependant et de quel côté est restée la victoire ? Vous savez aussi bien que moi que ce ne sont pas les plus forts qui ont triomphé, et que personne aujourd'hui ne se hasarde à nier l'exactitude des résultats fournis par le microscope. Tant il est vrai que la véritable force n'est ni dans le talent, ni dans la position, ni dans le nombre, mais dans la croyance au progrès. »

C'est sur ce mot que je termine, Messieurs. — Broca croyait au progrès. Il estimait qu'il n'est ici bas plus noble

(1) Rapport sur une observation de M. Laboulbène. *Bulletins de la Soc. anat.*, 1853, t. XXVIII, p. 379.

ambition que de travailler à en hâter la marche. Volontiers il eut pris pour sienne la devise américaine *go ahead!* en avant! Vaillant pionnier de la science, il dépensa, pour lui ouvrir des horizons nouveaux, le meilleur de son temps et de ses forces.

Il est mort à la peine. Mais il nous laisse du moins — et dans notre profonde douleur cette pensée est presque une consolation — le bienfaisant exemple d'une vie consacrée tout entière au travail et à la recherche de la vérité.

9. Pseudo-paralysie syphilitique des membres inférieurs;
par le D^r Cossy, chef de clinique de la Faculté.

David (Georges), âgé de 54 jours, couché dans le service de M. le professeur PARROT, à l'hospice des Enfants assistés.

29 janvier. L'enfant est cyanosé; il présente de l'œdème et de l'impotence des membres inférieurs. Cette dernière prédominant à gauche.

31 janvier. L'œdème est plus marqué, surtout à gauche. Il existe, en outre, une éruption généralisée de taches rouges, arrondies, nombreuses surtout à la face; quelques taches sur les fesses. Cette éruption maculeuse présente tous les caractères assignés par M. Parrot à la roséole syphilitique. L'impotence des membres inférieurs est très nette: quand on pince l'enfant, il les relève, mais d'une manière incomplète; quand il est suspendu, ils ballottent comme des membres de polichinelle. M. Parrot diagnostique une pseudo-paralysie due à une altération des fémurs, de nature syphilitique.

1^{er} février. Eruption maculeuse très accusée au niveau des coudes, des bras, des avant-bras et des genoux. L'œdème des membres inférieurs est toujours très prononcé.

Mort le 4 février.

AUTOPSIE le 9 février. — Le foie a toutes les apparences du foie syphilitique; il a une couleur cannelle un peu claire; à la coupe, il est très lisse, brillant, ferme. — Rate très grosse; elle pèse 28 grammes. Péricapsulite récente. Broncho-pneumonie des parties déclives du poumon droit.

Fémur gauche. L'épiphyse de l'extrémité supérieure est complètement séparée et ne tient plus au reste de l'os que par le périoste. Cette brisure s'est faite au niveau de la zone chondro-calcaire, qui est ramollie et plus haute qu'à l'état normal. Le tissu spongieux de la diaphyse a, sur une hauteur de 5 millimètres, une teinte gris-brunâtre à laquelle

la putréfaction ne paraît pas être étrangère. La zone chondro-calcaire de l'extrémité inférieure est jaune et a environ 2 millimètres de haut. — *Fémur droit*. Extrémité supérieure comme à gauche. Il reste adhérent au cartilage une couche jaune de tissu chondro-calcaire d'environ 1 millimètre. La diaphyse, sur une hauteur variant entre 3 et 5 millimètres, a une teinte jaune. A l'extrémité inférieure, la zone chondro-calcaire a 3 millimètres; sur un point on trouve déjà un peu de tissu gélatiniforme. Mobilité déjà très accusée de l'extrémité inférieure, entre la diaphyse et la couche chondro-calcaire. — *Tibia gauche*. Lésion chondro-calcaire à un léger degré. — *Tibia droit*. A la partie interne de l'extrémité supérieure, on voit, sur une surface triangulaire de 7 millimètres de côté, un mélange d'altération chondro-calcaire et gélatiniforme. — *Humérus gauche*. Les extrémités présentent l'altération chondro-calcaire et gélatiniforme. — *Humérus droit*. Ne présente pas les altérations précédentes, mais on trouve en arrière des ostéophytes extrêmement durs. Les *cubitus* ne paraissent pas malades.

RÉFLEXIONS. — L'observation que nous venons de rapporter nous semble très digne d'attirer l'attention. Le premier fait de décollement des épiphyses chez les nouveau-nés, a été observé par Valleux sur un petit syphilitique; le second par M. Guéniot. Mais ce dernier ne rapporta pas la lésion à la syphilis héréditaire. Plus tard, M. Parrot publia en 1871-72 dans les *Archives de physiologie* deux cas analogues. Ces faits lui donnèrent l'idée de rechercher les altérations osseuses chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, et M. Parrot eut alors le mérite de montrer le premier, que, chez les enfants syphilitiques, non seulement les os sont fréquemment, mais presque constamment malades, contrairement à l'opinion qui avait régné jusqu'alors.

Dans notre observation, on rencontre sur plusieurs os les altérations chondro-calcaire et gélatiniforme décrites par M. Parrot, mais le cas est surtout intéressant par la brisure au voisinage des épiphyses fémorales, fait rare et qui ne se présente que chez de très jeunes enfants; chez eux seulement, on observe cette modalité de l'altération syphilitique des os. C'est à cette brisure juxta-épiphysaire que doit être rapportée bien évidemment l'impotence des membres inférieurs qu'avait présentée l'enfant, laquelle peut donner

lieu à des erreurs de diagnostic et faire penser à une paralysie infantile.

Remarquons encore l'altération syphilitique du foie et le volume de la rate, bien plus considérable ici que chez les sujets du même âge non atteints de syphilis. La rate, d'après la statistique de M. Parrot, est en général plus grosse chez les enfants syphilitiques.

10. Chondro-sarcome du testicule.— Tumeur très volumineuse dans les ganglions mésentériques. — Mort ; par le Dr LAGRANGE, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Guillaume C..., 23 ans, du 106^e d'infanterie, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 janvier 1881, dans le service de M. le professeur GAUJOT. (Salle 28, n° 28.)

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier ; santé habituellement bonne ; le testicule droit est notablement plus gros que le gauche depuis fort longtemps, le malade ne peut nous dire dans quelles conditions ce développement anormal s'est produit ; n'en étant pas incommodé, il n'a point réclamé au Conseil de révision ; son testicule avait à peu près le volume d'un gros œuf de poule ; le malade est très affirmatif à ce sujet.

Au mois de novembre dernier, Guillaume C..., prend part aux grandes manœuvres, il en revient très fatigué, et, peu de temps après, il remarque sur le côté droit de l'abdomen, au-dessous et près de l'ombilic, une tumeur du volume du poing. En même temps, le testicule droit grossit, et, du volume d'un œuf, arrive rapidement à un volume double.

Le malade ne peut dire si l'augmentation de volume du testicule a précédé ou suivi l'apparition de la tumeur abdominale. Au commencement de décembre, entrée à l'hôpital militaire de Châlons ; 15 décembre, œdème du membre inférieur droit qui devient très volumineux ; 25 décembre même accident au membre gauche.

Entrée au Val-de-Grâce le 16 janvier ; face très pâle, très amaigrie, grande expression d'abattement et de souffrances ; douleurs abdominales vives et continues ; apyrexie complète. Ventre très tendu comparable à celui d'une femme portant un volumineux kyste de l'ovaire ; veines superficielles très développées.

La tension des parois rend la palpation difficile ; néanmoins, sensation d'une tumeur très volumineuse ; saillante surtout vers le flanc droit, et un peu mobile ; matité absolue. — Testicule : les bourses sont œdématisées ; le testicule

gauche est petit ; mou, peu développé ; le testicule droit offre le volume d'une grosse orange, il est très lourd et assez dur, sans bosselures ; certaines parties ont une consistance cartilagineuse, il n'y a ni douleurs spontanées, ni provoquées. On trouve un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. La tension de l'abdomen ne permet pas la recherche des ganglions iliaques. Pas de ganglions sensibles dans le pli de l'aîne, ni dans le creux de l'aisselle, ni dans aucune autre région. On porte le diagnostic de lymphosarcome du testicule généralisé dans les ganglions mésentériques ; la tumeur étant mobile et placée immédiatement derrière les parois de l'abdomen. M. Gaujot pense qu'une tumeur du grand épiploon vient se superposer au néoplasme ganglionnaire. La sensation de flot, obscurément perçue, fait croire à une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine ; deux ponctions faites le 22 janvier, l'une avec un petit trocart à hydrocèle, l'autre avec une aiguille capillaire de l'appareil Potain, donnent issue à une petite quantité de sang pur noirâtre.

25 janvier. Membres inférieurs de plus en plus œdématisés, la tumeur de l'abdomen entrave le jeu du diaphragme ; la respiration est très pénible ; les aliments introduits dans l'estomac sont vomis par régurgitation ; pas de fièvre.

28 janvier. Mort.

AUTOPSE faite le 30 janvier. — On fait une incision comme pour une laparotomie exploratrice. Un flot de sang noir s'échappe. La tumeur est, en beaucoup de points, adhérente à la paroi abdominale ; elle remonte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle mesure 32 centimètres de hauteur et 38 de largeur ; son poids est de 8 kilogrammes, elle est recouverte en avant et à gauche par le grand épiploon, rouge, enflammé, et par quelques anses intestinales adhérentes mais non obstruées. Elle est sphérique, présente à droite et en haut une surface lisse exempte d'adhérences ; elle est contenue dans les deux feuillets du mésentère. Elle a refoulé le colon transverse et l'intestin grêle dans l'hypochondre gauche ; c'est de ce point-là aussi que part l'épiploon pour s'étaler sur toute la partie gauche de la tumeur. Le fond du bassin est libre, on ne trouve pas au niveau du canal inguinal droit de continuité entre le cordon spermatique et la tumeur.

Le foie présente six noyaux de la grosseur d'une noisette ; leur couleur est jaunâtre, leur forme arrondie, tous sont superficiels, et forment autant de taches sur la surface du foie. La rate est saine ; les reins sont normaux. Les poumons

sont sains ; à cheval sur la bifurcation des bronches, on trouve une petite masse ganglionnaire avec petits kystes colloïdes. Le cœur est sain ; des caillots volumineux remplissent la veine cave inférieure et se continuent jusqu'aux veines fémorales de chaque côté.

Le testicule droit est très lourd, il est pyriforme, assez lisse, sans bosselures et présente une consistance assez dure et assez égale dans toutes ses parties ; on ne reconnaît ni testicule ni épидидyme. Quelques veinules assez dilatées sillonnent sa surface ; à la partie supérieure, un petit kyste fermé en dehors de la tumeur dans la cavité vaginale contient un peu de sérosité avec un dépôt de fibrine.

Dans les autres points, les deux feuillets de la tunique vaginale sont réunis. Les éléments du cordon sont sains ; le canal déférent a son volume normal ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques paraissent intacts.

Examen histologique. — Cet examen a été fait hier par M. Kiener, professeur agrégé au Val-de-Grâce. En incisant le testicule, on voit une substance couleur blanchâtre, sillonnée par de nombreuses traînées rougeâtres. Il n'y a pas de kystes visibles à l'œil nu, sa consistance est assez dure, uniforme, on n'y trouve pas de points fluctuants. Le microscope fait voir des noyaux cartilagineux, assez nombreux, formant de véritables travées et infiltrées en certains points d'éléments calcaires. Ces nodules cartilagineux sont placés au milieu des éléments ordinaires du sarcome. On trouve en beaucoup d'endroit des kystes formés aux dépens des canaux testiculaires et tapissés les uns par un épithélium cylindrique, les autres par un épithélium pavimenteux.

Le néoplasme s'est reproduit dans les ganglions mésentériques avec tous ses caractères.

La simple inspection montre des kystes présentant une coloration différente, les uns parfaitement transparents, les autres renfermant un liquide noirâtre. Quelques-uns sont remarquables par leur belle couleur verte.

Toute la partie supérieure droite de la tumeur mésentérique est dure, résistante, comme charnue ; la partie gauche, au contraire, renferme un très grand nombre de cavités kystiques, reliées entre elles par un tissu mou dans lequel on peut facilement enfoncer le doigt.

La coupe est fort analogue à celle de la tumeur testiculaire, c'est encore une substance blanchâtre, sillonnée en tous sens par des taches diversement colorées. L'intérieur est creusé de cavités kystiques, arrondies, les unes grosses

comme la pulpe del'index, les autres capables de loger un œuf de poule.

Au centre même de la tumeur et dans les parties profondes, on aperçoit des zones stratifiées de tissu morbide, distinctement superposées les unes aux autres et entourant un point central. Il ne paraît pas douteux que ce point central ne soit un ganglion lymphatique. Enfin, l'on peut encore distinguer la coupe d'un très grand nombre d'orifices vasculaires, béants et d'une grande largeur.

La palpation fait sentir sur les diverses coupes faites en tous sens des aspérités en forme d'épine assez nombreuses, ce sont des nodules de cartilage. Au microscope, on constate, outre ces éléments cartilagineux, des kystes en grand nombre, des vaisseaux dilatés en ampoule, revêtant un aspect moniliforme, et, enfin, surtout des éléments myxo-sarcomateux qui forment le fond de la tumeur.

RÉFLEXIONS. — Certains points surtout méritent d'être retenus, c'est d'abord le volume véritablement énorme de la tumeur abdominale. Nous avons vainement cherché dans les auteurs des observations de néoplasmes ganglionnaires ayant atteint ces dimensions. MM. Monod et Malassez parlent bien dans leur intéressante étude sur les tumeurs à myéloplaxes (*Archives de phys.*, 1878) « d'une masse ovoïde, du volume d'une tête d'adulte, lobulée, évidemment formée par la réunion des ganglions mésentériques à divers degrés d'hypertrophie. » Mais notre tumeur avait un volume à peu près double.

Un autre point intéressant est celui-ci : la tumeur testiculaire est restée pendant dix années environ sans produire la moindre gêne. Doit-on penser qu'à la période où elle était ainsi latente elle était formée du même tissu qu'à sa période de généralisation subite, ou bien que cette généralisation a été le résultat de la production d'un tissu nouveau surajouté

D'après Virchow (*Traité des tumeurs*, tome II, page 526), d'après les faits de Dauvé (*Société de chirurgie*, 1868), de Maunoir (*Société anatomique*, 1873), les tumeurs chondromateuses du testicule sont très souvent mélangées d'éléments sarcomateux, qu'elles soient infectieuses, ou non; par conséquent, avec le tissu constaté à l'autopsie on peut très bien comprendre la parfaite localisation du néoplasme.

Mais, si nous admettons que la structure de cette tumeur

a toujours été la même, il reste à expliquer pourquoi elle ne s'est pas généralisée plus tôt; deux circonstances peuvent nous fournir cette explication : la première, c'est que le testicule, organe longtemps endormi, ne jouit d'une vie active qu'à la puberté; la seconde, c'est que le malade venait de supporter de grandes fatigues et que, par là, il était devenu moins capable de résister à l'infection. Que serait-il advenu si l'on avait opéré le malade à la période bénigne de l'affection, comme d'ailleurs Virchow en donne explicitement le conseil. Il est permis ainsi de penser que, le mal étant ainsi tranché dans sa racine, la guérison aurait été définitive; tout en reconnaissant que, dans un certain nombre de cas, l'opération a précipité le dénouement en provoquant la généralisation; nous croyons que, chez notre malade, il eût été logique d'enlever la tumeur testiculaire au début.

11. M. LELOIR présente le *moulage d'une altération de la peau*, développée en 8 jours, et que M. Hillairet a considéré comme un *mycosis fongoïde*. (L'observation n'a pas été remise.)

12. Arthropathies rhumatismales chez un ataxique ; — exostoses des fémurs ; — épilepsie avec démence consécutive ; par E. BONNAIRE, interne des hôpitaux.

Del..., Pierre, âgé de 59 ans, est entré à Bicêtre (service de M. DEBOVE), et est passé le 22 février 1881 dans le service de M. BOURNEVILLE.

Renseignements fournis par sa femme (9 mars 1881). — Père, mort on ne sait de quoi, âgé de plus de 60 ans; il était grand et fort; nul autre renseignement. Mère morte à 68 ans, on ne sait de quoi; elle était d'une taille assez élevée. Notre malade a eu six frères. L'un d'eux est mort après être resté alité et paralysé pendant deux ans; un second est perclus de rhumatismes. Les quatre autres sont bien portants, grands et forts; aucun d'eux n'offrirait d'accidents nerveux. Plusieurs ont des enfants en bonne santé, non difformes, non épileptiques, etc. Pas de consanguinité.

Del..., s'est marié à 32 ans, en 1854; il était alors cocher. ne faisait pas d'excès de boisson. Il avait été soldat pendant 7 ans, sans avoir été atteint, durant ce temps d'af-

fections vénériennes, ni de maladies de peau ; il était assez intelligent, mais d'un caractère très violent.

De 1854 à 1868, il reste bien portant. En 1868, *cholérine*, très forte, à partir de laquelle il a eu des troubles digestifs, sans vomissements. En 1869, *fièvre intermittente tierce*, d'une durée de deux ou trois semaines, traitée par le sulfate de quinine.

Avant sa cholérine, le malade éprouvait de temps à autre des *élancements* dans la jambe droite déterminant la flexion subite du membre. Les élancements ont augmenté en 1869-1870, et ont gagné l'autre jambe. Alors, il servait dans la garde nationale, Del..., fut réformé pour cause de difficultés dans la marche : « ses pieds se jetaient en avant quand il marchait ; ses jambes s'en allaient à droite et à gauche, comme s'il était en ribotte. » Jamais il n'a présenté de troubles visuels ; mais l'ouïe est devenue dure, à partir de 1870. Cette même année, il a commencé à perdre le sommeil par suite de *cauchemars*.

On pense que le *premier accès d'épilepsie* s'est manifesté en 1869. Le malade, resté seul la nuit, perdit connaissance, se débattit, et mit le feu à des rideaux en tombant. Sa femme le trouva étendu sur le sol, incapable de se relever, plus faible des jambes qu'auparavant, avec la respiration embarrassée. Il se rétablit au bout de huit jours. En 1870, trois accès, sous forme de *cauchemars* ; le malade parlait à haute voix, semblait terrifié, et restait roide et immobile ; la durée était de quelques secondes à une minute. Il n'y avait ni écume buccale, ni miction involontaire. En 1872, Del... eut une crise, dans laquelle il tomba de son siège de cocher sur le sol ; depuis lors, il a cessé de travailler. C'est à cette époque (15 février 1872), qu'il est entré à l'hôpital Saint-Antoine, où il est resté six semaines.

A dater de là, la gêne de la parole a fait des progrès constants ; les facultés intellectuelles ont conservé leur intégrité, jusqu'à l'admission du malade à Bicêtre. Depuis lors, elles ont été en déclinant, en même temps que sont survenues les *lésions articulaires*. Vers 1875, les accès d'épilepsie étaient au nombre de 3 ou 4, par mois. En décembre 1880, abcès de la région cervicale, à gauche.

On ne croit pas que notre malade ait fait des excès de coït avant le mariage. Les rapports sexuels, depuis cette époque, n'ont pas été exagérés ; quelquefois, *mais rarement*, il ont été pratiqués dans la station debout ou assise ; exceptionnellement, ils ont été répétés plusieurs fois par jour. Vers 1867-1868, ils ont commencé à devenir moins parfaits. Notre malade n'a jamais eu d'enfants.

Les douleurs de l'ataxie sont restées limitées aux membres inférieurs. Jamais, par exemple, on n'a constaté de douleurs en ceinture, ni dans les régions ano-génitales ou dans les bras. Vers 1870-1871, il y a eu de la dysurie indolore.

Etat actuel. — L'examen clinique complet du malade, au point de vue des symptômes subjectifs, est impossible par suite de l'état de démence absolu dans lequel il se trouve. Il répond à peine aux questions qui lui sont adressées et demeure indifférent à ce qui se fait près de lui. La sensibilité est fortement émoussée. Sur toute la surface cutanée, *prurigo phthiriasique*. (Bains de sublimé.)

Arthropathies. — Ce qui attire surtout l'attention chez Del... c'est l'état des membres inférieurs. Il existe une considérable augmentation de volume des deux genoux. La déformation se montre à peu près symétrique. Elle prédomine, toutefois, légèrement à droite.

Le membre inférieur gauche, maintenu immobile en demi-flexion, reste fixé dans la rotation en dehors à un point tel que la jambe repose directement sur sa face externe. L'articulation est élargie dans tous les sens, avec de nombreuses bosselures très apparentes à la vue. A travers les téguments, qui ne présentent pas d'altération appréciable, on perçoit une fluctuation étendue en même temps que des nodosités multiples, de volume différent, roulent sous le doigt en donnant la sensation d'un sac de noix. Au pourtour de l'article, les tissus sont irrégulièrement indurés et on peut sentir par place des concrétions noueuses très résistantes, mal circonscrites, et solidement enchaîonnées. Les surfaces articulaires sont sensiblement déplacées : la rotule est déjetée en dehors ; l'épiphyse fémorale se porte en avant, tandis que les plateaux du tibia forment une saillie appréciable sous le doigt, à la partie inférieure de la région poplitée. L'émaciation extrême du segment inférieur du membre contribue, en même temps, à mettre en relief la déformation articulaire. Les mouvements spontanés de la jambe sont nuls ; on peut exagérer la flexion, mais la rétraction des muscles extenseurs, jointe à la subluxation rend l'extension impossible.

A droite, l'arthropathie est plus accusée encore que du côté opposé ; même déformation ; même augmentation de volume ; mêmes sensations au palper ; mêmes modifications dans les rapports des surfaces articulaires. La rotule est refoulée en haut et en dehors par l'abondance de l'épanchement et par les corps étrangers. Les condyles fémoraux, tout en étant moins portés en avant qu'à l'autre genou,

proéminent davantage en dehors ; il y a une véritable subluxation de la jambe en dedans. Le gonflement de l'article ne permet pas de constater la saillie de l'épiphyse tibiale en dedans ; mais le condyle externe du fémur fait une notable saillie sur les téguments de la face externe du membre. Les mouvements sont moins limités que du côté opposé ; l'extension est presque directe. La flexion est possible, quoique gênée par la grosse crépitation qu'amènent les arthrophytes. On peut obtenir, de plus, des mouvements de latéralité anormaux, et assez étendus.

Exostoses.— En outre des arthropathies, et sur les deux membres, également à la région crurale, existent des déformations très accusées, dues évidemment à des intumescences du squelette.

Membre inférieur droit.— Au niveau de la moitié externe de la région inguino-crurale, et des deux tiers supérieurs du triangle de Scarpa, les téguments sont soulevés sous forme de tumeur ovoïde, bilobée à la vue, non adhérente à la peau, fixée aux parties profondes et d'une dureté absolue.

Membre inférieur gauche.— Lorsqu'on promène le doigt sur la face antérieure de la cuisse, en palpant le squelette profondément, on trouve, vers le tiers moyen, une augmentation de volume de l'os, sensiblement annulaire, rappelant la sensation que donnerait un cal ancien. Pas d'autres déformations encore appréciables.

Le visage présente, dans sa moitié inférieure et à droite, une tuméfaction considérable. Il existe en même temps, non loin de l'angle de la mâchoire, un trajet fistuleux laissant écouler un abondant suintement de pus et à travers lequel le stylet pénètre jusqu'à un foyer de nécrose qu'on ne peut limiter. Les tissus avoisinants sont fortement indurés. La peau est blanche, immobile sur les parties sous-jacentes.

Le malade reste étendu dans le décubitus dorsal, sans donner aucun signe d'intelligence, ne faisant de mouvements que pour recevoir ses aliments qu'il prend avec avidité. Il est gâteux. Les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires, ne sont pas troublées. L'artère radiale est athéromateuse. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'accès d'épilepsie.

17 mars. Ce matin, à la visite, le malade ne présentait rien d'anormal. Il a pu répondre « oui » et « non » aux questions qu'on lui adressait, et a pris son repas accoutumé à 11 heures. Vers 2 heures, il s'est brusquement assis sur son lit, et, sans pousser de cri, est retombé brusquement. Il était mort.

AUTOPSIE. 24 heures après la mort.—*Thorax.* Il n'existe pas d'altération du parenchyme pulmonaire ; les bronches sont dilatées et remplies de mucosités qui s'écoulent difficilement. La muqueuse est épaissie, noirâtre, avec de nombreuses arborisations. Ces lésions sont surtout manifestes du côté droit. Les ganglions bronchiques sont tous hypertrophiés, durs à la coupe et sont le siège d'un anthracose très prononcée. Le *larynx* présente une ossification complète du cartilage thyroïde, avec une division entière, c'est-à-dire une véritable fracture, occupant l'angle antérieur. La muqueuse trachéale offre le même aspect que celle des bronches.

Cœur : 370 grammes. Le péricarde ne renferme pas de liquide. Les cavités cardiaques sont occupées à droite, par des caillots fibrineux sans mélange de cruor, à gauche, elles ne renferment qu'un peu de sang noirâtre. Le ventricule gauche offre une capacité au-dessous de la normale, tandis que ses parois sont notablement épaissies. Le myocarde est ferme, bien coloré ; il n'existe pas d'altérations valvulaires. Le sinus de l'aorte est dilaté, et sur la paroi interne de ce vaisseau se détachent en relief de nombreuses plaques d'athérome.

Abdomen. *Foie* : 1500 grammes, normal.—*Reins* : droit, 150 grammes ; aspect grenu. A sa surface existent plusieurs kystes à contenu séreux, translucide ; l'un d'eux a le volume d'un œuf de pigeon. Rein gauche : 120 grammes. Aspect grenu, pas de kystes.—*Rate* : 75 grammes, ferme ; léger épaississement de la capsule de Malpighi.

Tête. *Encéphale*, 1350 grammes. La *dure-mère*, un peu épaissie adhère à la partie médiane de la voûte osseuse. La *pie-mère* n'est pas congestionnée. Hémisphère droit : 560 grammes, gauche, 540 grammes. Il n'existe pas d'anomalies dans la disposition des organes qui sont en connexion avec la base du cerveau ; les nerfs optiques, en particulier, ne sont pas lésés. Le tissu encéphalique est ferme ; nulle part on ne trouve de lésions en foyers, non plus que d'anomalies dans la disposition des circonvolutions.

Moelle. Sur toute l'étendue de l'axe médullaire, la cavité sus-arachnoidienne est parsemée de *plaques calcaires*, blanches, aplaties, ovalaires et de volume variable. La *dure-mère*, non plus que la *pie-mère*, ne présentent ni vascularisation, ni épaississement anormal. L'adhérence des méninges est moins prononcée au niveau des cordons postérieurs que sur le reste de l'axe nerveux. L'examen de la moelle à l'œil nu, envisagée dans son ensemble, ne permet pas d'apprécier de modifications dans le volume de cette

région. A l'aide de sections espacées de un centimètre, la *sclérose des cordons postérieurs* se montre évidente au simple regard. Elle prend naissance vers la première vertèbre lombaire, occupe la totalité des cordons postérieurs jusque vers la première dorsale, pour se continuer en haut et se terminer au niveau de la partie médiane de la colonne cervicale. Dans cette dernière portion, les cordons de Goll semblent seuls altérés. Les parties atteintes se reconnaissent à leur teinte grise, comme gélatiniforme. On ne constate pas à l'œil nu d'altérations des racines postérieures. Les prolongements de l'axe gris central au niveau du bulbe paraissent entièrement sains.

Membre inférieur gauche. La tumeur qui occupe et déforme le tiers supérieur de la cuisse est constituée par une *exostose* dont le siège répond assez exactement au petit trochanter. Les parties molles qui avoisinent la masse osseuse, présentent un aspect fibroïde, blanchâtre, peu vasculaire.

Par la dissection, on ne peut reconnaître le point exact où se termine le corps charnu du *psaos*; le paquet vasculo-nerveux est déjeté en dedans. La surface antérieure de la tumeur est arrondie, lisse, et présente plusieurs orifices circulaires, de volume variable, occupés par du tissu fibreux. En arrière, l'irrégularité de l'exostose est très prononcée. On voit trois larges escharres, dirigées de haut en bas, parallèles à l'axe du fémur et dessinant trois cercles convexes en dedans et concentriques. La paroi de ces excavations se laisse très difficilement mettre à nu, par suite de leur disposition anfractueuse, de l'adhérence des parties molles, rendue plus intime encore par le passage de nombreux vaisseaux dans le corps de la tumeur.

L'articulation coxo-fémorale est saine; tout le long du tendon du grand adducteur, au voisinage de son insertion, mais sans faire corps avec le fémur, se rencontrent des productions osseuses, disposées sous forme de stalactites aplaties qui se terminent en pointe à leur extrémité supérieure.

L'articulation du genou est entourée de tissus indurés, lardacés, durs et criant sous le scalpel. La capsule est considérablement épaissie, principalement à ses insertions et tout particulièrement au niveau de l'épiphyse fémorale. En ce point, outre la prolifération conjonctive, on rencontre des noyaux d'un volume variable entre celui d'une noisette et celui d'un gros œuf de pigeon. Les uns sont entièrement ossifiés; les autres, d'apparence mi-osseuse, mi-cartilagineuse. La dissection ne permet pas d'isoler, ni même de ré

connaître les ligaments latéraux. L'ouverture de la capsule laisse écouler un abondant magma, d'aspect colloïde, assez dense, grisâtre, translucide, et rappelant assez une gelée de coings peu épaisse. Dans l'intérieur de cette masse se trouvent quelques *corps étrangers*, peu volumineux, flottant librement. La surface de la synoviale présente de nombreuses franges hypertrophiées, à côté de corps articulaires, sessiles ou pédiculés et de consistance variable, analogues en tous points aux nodosités extra-articulaires. Dans son ensemble, cette disposition de la synoviale permet de suivre, par une transition insensible, la gradation qui mène de l'hypertrophie des franges synoviales à la production des corps étrangers jusqu'à l'induration osseuse.

Les surfaces articulaires ne présentent en aucun point de traces d'usure. Le cartilage offre au plus haut degré l'altération velvétique. Par places, il est épaissi, noueux. En d'autres points, au contraire, il n'existe plus et laisse à nu l'os lui-même. Celui-ci, au niveau des surfaces dénudées, se montre sous l'aspect ébourné et ne se laisse pas entamer par la pointe du couteau. Cette disposition est surtout manifeste aux points de contact des surfaces articulaires, c'est-à-dire sur la face postérieure des condyles, et au milieu des plateaux du tibia. Ainsi est rendue plus évidente la subluxation, qui se reconnaissait, sur le vivant, à la déviation du membre.

Le membre inférieur droit offre exactement les mêmes altérations intra et péri-articulaires que du côté opposé. Mais l'exostose n'affecte ici ni le même siège, ni le même aspect. L'articulation de la hanche et les deux trochanters sont normaux; mais la courbure de l'os est sensiblement exagérée dans sa convexité antérieure. A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du fémur, il existe une production osseuse, embrassant la diaphyse à la façon d'un anneau interrompu en arrière. L'aspect est exactement celui d'un cal ancien; toutefois l'hypothèse d'une fracture antécédente s'élimine au simple examen de l'os; en arrière, en effet, il n'existe aucune irrégularité dans la continuité de la ligne âpre. Les tissus qui environnent cette exostose présentent la même dégénérescence lardacée que sur l'autre membre. A quelques centimètres au-dessus et en dedans de l'exostose, on rencontre une production osseuse, analogue à celles que contient le tendon du grand adducteur du membre inférieur gauche. Le siège, la forme, la direction sont les mêmes; mais ici l'aiguille osseuse est reliée au fémur et semble faire corps avec lui.

Sur le reste des os longs, et dans les autres articulations, nous n'avons constaté aucune déformation, aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — Différentes particularités nous ont semblé intéressantes et dignes d'être mises en relief, dans cette observation :

1° Coïncidence de l'épilepsie accompagnée elle-même de troubles mentaux profonds, avec l'ataxie locomotrice;

2° L'existence des exostoses, et, en particulier, la disposition de la tumeur osseuse du fémur gauche, en trois lames concentriques, séparées par de profondes incisions. D'après cet aspect, il nous semble probable que le travail de prolifération a dû s'effectuer, à des périodes distinctes, en trois poussées successives. Quant à la convergence des encoches à la face postérieure de l'exostose, peut-être doit-on en voir la cause dans l'action du muscle psoas, qui, ainsi qu'on le sait, attire le petit trochanter en avant et en dedans;

3° Les arthropathies sont-elles de nature rhumatismale ou ataxique? Bien que survenues dans le cours d'une ataxie, nous pensons que les lésions articulaires ne sont ici autre chose que les manifestations du rhumatisme articulaire chronique partiel. Elles présentent, en effet, tous les caractères de cette affection, tels que les a fait connaître M. Charcot.

L'épaississement de la séreuse articulaire, l'augmentation de volume et le nombre des franges synoviales, l'existence des arthrophytes, l'état gélatineux du liquide intra-articulaire, l'altération velvétique des cartilages, et, enfin, l'éburnation par plaques des surfaces osseuses; telles sont les principales lésions que nous avons rencontrées dans le cas actuel; ce sont aussi celles que M. Charcot assigne en propre au rhumatisme chronique.

D'autre part, l'altération prédominante dans l'arthropathie ataxique est constituée par la raréfaction du tissu osseux et par l'usure des surfaces articulaires. Ici, nous ne rencontrons rien de semblable, et ce signe négatif vient encore comme appui, sans nous arrêter à plus de détails, dans l'hypothèse que nous émettons à ce sujet de la nature originelle de l'affection articulaire.

Dans une étude sur les arthropathies qui s'observent dans le cours de la sclérose des cordons postérieurs (*Revue*

photographique des hôpitaux, 1870, pages 193 et 229; 1871, pages 9 et 52), M. Bourneville a rapporté une observation qui se trouve en concordance absolue, dans tous les détails, avec celle de notre malade. Il s'agit d'une femme ataxique de 53 ans; chez celle-ci, mêmes symptômes d'affaiblissement mental, même localisation de l'altération articulaire aux deux genoux, et, au niveau de ces jointures, même nature et même degré de la lésion, c'est-à-dire : tuméfaction, gêne des mouvements, déviation du membre et nombreux corps étrangers péri et intra-articulaires.

A l'autopsie, les modifications pathologiques que présentent les différents organes de l'articulation sont identiques; la représentation photographique, jointe à l'observation, de la cavité articulaire entr'ouverte, donne la reproduction fidèle des pièces que nous avons montrées à la Société anatomique.

A côté de ce cas tout particulier, M. Bourneville a exposé dans la même étude plusieurs observations d'arthropathies ataxiques; mais, ces dernières présentent, tant au point de vue de l'évolution que de l'état anatomiqué, les véritables caractères que revêt la lésion articulaire, d'origine médullaire.

A cette époque, l'attention commençait à se fixer sur ces arthropathies, et, par suite du nombre encore restreint d'observations précises sur ce point, il était légitime de rattacher à l'ataxie, comme l'effet à la cause, toutes les altérations articulaires qui survenaient dans le cours de la sclérose des cordons postérieurs. Toutefois, les divergences d'ordre anatomo-pathologique étaient telles, dans ces différents cas, que tout en admettant une origine unitaire, M. Bourneville croyait devoir les classer en deux variétés : « l'une dans laquelle l'*atrophie* serait, pour ainsi dire, la lésion capitale; l'autre, dans laquelle il y aurait une sorte d'*hypertrophie*. » L'auteur ajoute aussitôt qu'il ne s'agit là que « de commentaires, simple déduction des faits suivis et recueillis par lui-même, et que aller plus loin serait se perdre dans le champ des hypothèses. »

Depuis 1870, l'observation répétée et minutieusement suivie, à l'occasion du rhumatisme chronique d'une part, et de l'ataxie d'autre part, d'un grand nombre de cas d'ar-

thoropathies, a permis d'établir un départ nettement tranché entre les lésions propres à chacune de ces deux affections. Toute confusion est devenue impossible, et il nous a été permis, dans l'observation présente, d'affirmer, malgré la circonstance de l'ataxie, la nature purement rhumatismale des altérations articulaires que nous avons présentées.

13. Abscès du foie guéri spontanément par l'ouverture du foyer dans les bronches ; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Laporte, âgé de 41 ans, plâtrier, est entré le 10 février 1881 dans le service de M. RENDU. Cet homme, robuste, d'une bonne santé habituelle, a été, il y a 10 ans, au Sénégal, il était alors dans l'infanterie de marine. Au bout de quelques mois de séjour dans la colonie, et après de nombreux excès alcooliques, il fut atteint d'une hépatite aiguë qui aboutit assez rapidement à la suppuration et détermina des symptômes de la plus haute gravité. A la suite d'une vomique qui amena le rejet de plus d'un demi-litre de pus, il éprouva une amélioration subite, et, au bout de deux mois, après avoir eu encore une ou deux vomiques moins abondantes que la première, il quitta l'hôpital parfaitement guéri. Il avait été soigné par Béranger-Féraud. Depuis, il n'a jamais ressenti de gêne du côté du foie. Le 6 février dernier, sans cause bien nette, il contracta une pneumonie droite qui gagna bientôt le poumon gauche, et à laquelle il succomba le 16.

AUTOPSIE. — Il était intéressant d'examiner l'état du foie, car on a rarement l'occasion, surtout dans nos pays, de voir comment se répare l'organe hépatique à la suite des abcès. Nous ne parlerons pas des lésions de la pneumonie, qui n'offrent rien de spécial.

Les bronches, dans le poumon droit où s'était vidée la collection purulente, ne présentent aucune altération. On ne trouve aucune cicatrice à la base du poumon, mais seulement quelques adhérences fibreuses, peu solides et peu étendues, avec le diaphragme.

Le foie, au contraire, vers la partie moyenne et à la face supérieure du lobe droit, adhère fortement au diaphragme au moyen d'un tissu fibreux très résistant. A ce niveau, il existe une dépression très marquée, dure, cicatricielle ; cette dépression s'étend vers la droite où elle devient plus étroite et plus profonde, et se transforme en une véritable

scissure semi-circulaire, qui comprend toute l'épaisseur du tissu hépatique et forme ainsi à l'extrémité droite du foie un lobe anormal du volume du poing. Les parois de ce lobe, au niveau de la scissure, sont dures, fibreuses, et unies l'une à l'autre par des tractus celluloux assez lâches. La coupe de l'organe, faite en plusieurs points de la cicatrice, montre que le tissu est parfaitement réparé et sain alentour. Le tissu fibreux cicatriciel ne pénètre qu'à un centimètre dans l'épaisseur du foie.

Séance du 18 Février 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Hémiplegie droite et aphasie très légère. — Destruction presque complète de la troisième circonvolution frontale gauche; par H. LÉLOIR, interne des hôpitaux.

A. J., âgé de 72 ans, est entré le 29 novembre 1880, dans le service de M. le professeur VULPIAN, à la Charité, pour une bronchite chronique.

Assez bien portant d'ordinaire, il était sujet depuis quelques années à de vagues douleurs rhumatoïdes, des palpitations, des bronchites. Il y a deux ans, à la suite d'une affection de nature indéterminée pour laquelle il était entré à l'hôpital, il est envoyé en convalescence. Trois jours après son entrée dans cet asile, il est frappé d'une attaque d'apoplexie, suivie d'*hémiplegie droite* peu prononcée, avec prédominance sur le membre supérieur, et d'un *certain degré d'aphasie* (il trouvait ses mots avec peine, hésitait; mais, en somme, pourvu qu'il ne se pressât pas, pouvait tenir une conversation suivie). Au bout de deux mois, il quitte l'hôpital, traînant un peu la jambe droite qui présentait un léger degré de contracture, mais pouvant marcher assez facilement en s'appuyant sur une canne. Depuis cette époque, il est entré plusieurs fois à l'hôpital pour des bronchites.

Actuellement (5 janvier 1881), les *phénomènes hémiplegiques* ont presque complètement disparu; il marche bien et ne ressent qu'un peu de faiblesse dans la jambe droite.

Les mouvements du membre supérieur droit sont intacts; toutefois, la main droite est un peu moins forte que la gauche (le sujet est droitier). Pas d'hémiplégie faciale. Les phénomènes aphasiques sont très peu accentués; il prononce bien tous les mots qu'il veut exprimer, mais il éprouve une certaine difficulté à les trouver parfois, ce qui l'irrite; il ne lui arrive que très exceptionnellement de remplacer dans un mot une syllabe par une autre syllabe étrangère. La mémoire est un peu diminuée. Pas d'anesthésie, pas de contracture, les sphincters sont intacts.

Il présente, en outre, des signes très avancés de bronchite chronique avec emphysème. Les battements du cœur sont un peu sourds. — Le 10 février, il est pris de phénomènes de catarrhe suffocant et meurt dans la nuit du 14 février.

AUTOPSIE. — Le *poumon* présente des lésions anciennes de bronchite chronique avec emphysème, dilatation des bronches, pneumonie chronique, etc. Pas de tubercules. *Cœur* gras; athérome prononcé de l'aorte. Les *reins* sont atteints de néphrite interstitielle.

Cerveau (hémisphère gauche). Au niveau de ses deux tiers antérieurs, la troisième circonvolution frontale est complètement détruite. Il existe, en ce point, un foyer de ramollissement d'apparence kystique, du diamètre d'une pièce de 2 francs environ, et profond de un centimètre et demi. Ce foyer de ramollissement se prolonge du côté de l'insula, qui est légèrement atteint. La partie supérieure, en forme de coin, de la troisième circonvolution frontale gauche est intacte. La circonvolution frontale ascendante, au niveau de son tiers inférieur, et à partir du point où elle se continue avec la troisième circonvolution frontale, est légèrement ramollie dans ses parties superficielles (ramollissement profond de 3 à 4 millimètres environ). Les autres circonvolutions du côté gauche paraissent saines; il en est de même des parties profondes de l'hémisphère gauche.

L'hémisphère droit est sain.

RÉFLEXIONS. — Cette observation pourrait sembler, au premier abord, contraire à la théorie des localisations cérébrales. Comment expliquer, en effet, une aphasie aussi légère chez un sujet dont la circonvolution de Broca était aussi profondément désorganisée? Cette objection perdra beaucoup de sa valeur, si l'on se souvient que la partie supérieure et postérieure, en forme de coin, de la troisième

circonvolution frontale gauche, était intacte sur une surface grande comme une pièce de 50 centimes environ.

15. Ostéo-sarcome du pubis. — Fracture spontanée. — Abscess consécutif ouvert dans l'urèthre et dans l'articulation de la hanche; par DE BRUN, interne des hôpitaux.

Le nommé Dauthon, Arthur, âgé de 40 ans, entre le 26 janvier 1881 dans le service de M. LEGROUX, salle Grisolles, n° 6.

D'une assez bonne santé habituelle, ce malade que son métier obligeait à porter des fardeaux assez lourds, ressentit vers les premiers jours de novembre 1880, dans les reins et dans la jambe gauche, une douleur assez vive qui bientôt le força à garder le lit. Un œdème considérable des jambes et de l'abdomen se produisit à cette époque. Voyant que la maladie ne rétrocedait pas, Dauthon entre à l'hôpital.

Il paraît profondément cachectique. — Léger œdème de la face. — Œdème des jambes et de la face postérieure des cuisses. — Douleur à la région fessière et un peu au-dessous de l'aîne, du côté droit. — Le malade ne peut pas se porter sur la jambe droite. — Abdomen météorisé. Léger épanchement péritonéal.

30 janvier. Du pus, en grande abondance, est rendu avec les urines. Il semblerait qu'un abcès se soit ouvert dans les voies urinaires. Le toucher rectal ne présente rien d'anormal du côté de la prostate, de la vessie ou des vésicules séminales. — Le cathétérisme ne détermine aucune douleur, en un point quelconque de l'urèthre. — La vessie est très vaste. — Il y a de la stagnation d'urine, car immédiatement après la miction, on retire encore plus de 200 grammes d'urine mélangée de pus. — Injection d'acide borique au 1/100.

6 janvier. Le malade se plaint de souffrir beaucoup de la jambe gauche. — La douleur existe surtout au niveau de la partie interne et supérieure de la cuisse, la pression ne l'exagère pas. — La jambe droite n'est plus douloureuse. — Les urines sont toujours purulentes. — Souvent des grumeaux de pus viennent obstruer la sonde. — Pas d'écoulement purulent dans l'intervalle des mictions. Diarrhée considérable.

16 janvier. Le malade meurt dans le coma.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen ; quelques lâches adhérences du péritoine avec la partie antérieure de

la vessie et de l'intestin grêle. Ça et là, quelques fausses membranes mélangées avec du pus sont dispersées dans toute la cavité péritonéale. — La vessie est saine, mais dilatée.

La muqueuse uréthrale est saine aussi;—seulement, sur la partie gauche du canal, on constate l'existence d'un abcès assez étendu qui contourne le pubis et vient d'une part, après s'être étalé en arrière du psoas à la cuisse, s'ouvrir dans l'articulation coxo-fémorale, tandis que, d'autre part, il s'ouvre dans le canal de l'urèthre, immédiatement en avant de la région prostatique. — Cet abcès reconnaît pour cause une fracture spontanée des branches horizontale et descendante du pubis. (L'examen histologique, pratiqué par mon collègue et ami M. Garcia-Lavin, a démontré que la fracture était due à un ostéo-sarcome fasciculé).

Œdème aux bases des poumons. — Les autres organes sont sains. — Les reins sont volumineux et présentent quelques petits abcès très rares

16. Tumeur utéro-ovarienne. — Hernie ombilicale étranglée. — Rupture transversale de l'intestin. — Opération. — Anus contre nature. — Mort. — Autopsie; par Lécoc, interne des hôpitaux.

Rosalie Varocquez, rempailleuse, âgée de 65 ans, entre le 11 février 1881, au service de M. le D^r FERRAND, à l'hôpital Laënnec, salle Quesnay, lit n° 2.

Examinée le lendemain matin de son entrée, le sujet donne quelques renseignements très incomplets et remplis de nombreuses contradictions. Jamais de grossesse, ménopause à 52 ans, aucune maladie jusque-là. Depuis 5 ans, développement d'une tumeur partie du petit bassin et ayant occasionné, à une dizaine de reprises diverses, des crises douloureuses accompagnées de fièvre, de vomissements et de douleurs vives dans le bas-ventre.

Depuis 5-7 mois, hernie ombilicale indolore, habituellement irréductible? Il y a 9 jours, après avoir monté un seau d'eau avec effort, douleur ombilicale qui s'irradie dans tout l'abdomen et lui fait perdre connaissance. Dès lors, suppression complète des selles, quelques vomissements « d'un goût atroce. » Douleurs abdominales vives; au bout de 9 jours, elle se décide à consulter, va au Bureau central et est admise dans le service.

Tympanisme considérable. Abdomen très sensible à la palpation, surtout dans la zone ombilicale. Circulation veineuse collatérale très développée. On constate dans la fosse

iliaque droite et dans la région hypogastrique une tumeur non lobulée, consistante et ne donnant ni fluctuation ni frémissement, sa limite supérieure est à 5 cent. de l'ombilic.

Hernie ombilicale du volume d'un œuf, rouge et violacée, irréductible, très douloureuse à la palpation. Température axillaire le 12 au soir, 35°,7. Hoquet, pas de selles, pas d'hémorrhagies anales, pas de vomissements. Cœur normal. Pouls petit, filiforme, à 100 p. minute. Voix très altérée. Dyspnée et oppression considérable. Rien dans le poumon. Urine rare, fortement ammoniacale, pas de crampes, pas de phénomènes paralytiques, pas de persistance des plis cutanés. Insomnie depuis 9 jours. Douleurs surtout intenses dans la zone hypogastrique. Les couvertures même sont péniblement supportées. Langue, nez, mains froides et légèrement cyanosées. Soif inextinguible.

Opération le soir à 11 heures, par M. le Dr Reclus. Anesthésie très prompte. Des incisions successives permettent d'ouvrir le sac, sans constater de liquide, et d'arriver sur une masse épiploïque violacée, friable, froide et d'odeur fétide. L'intestin bilobé par la cicatrice ombilicale ne peut être attiré extérieurement qu'à l'aide de débridements multiples. Sur 12 cent. environ d'anse intestinale attirée au dehors, on constate sur l'organe de couleur feuille morte et froid, 3 ou 4 perforations lenticulaires, puis une rupture transversale complète. L'odeur de toutes ces parties est manifestement gangrénée.

M. Reclus se décide pour l'établissement d'un anus contre nature et résèque 7 cent. environ d'intestin; ainsi qu'une portion voisine du mésentère ecchymotique et friable dans la zone correspondante à la rupture. Pansement phéniqué. Injection d'éther. Potion Todd et extrait de quinquina. Température axillaire 37°,5; 38° le matin et le soir qui ont suivi l'opération. Rien n'est rendu par l'anus anormal. Mort 26 heures après, le 14 février, à 1 heure du matin.

AUTOPSIE, 33 heures après la mort. — Péritonite purulente généralisée, pas d'ascite, épanchement fibrino-purulent, masses agglutinées par des exsudats surtout abondants dans la zone ombilicale. Pas d'adhérences soit de l'anus à la paroi abdominale, soit entre les deux parois intestinales accolées. Rien dans les autres organes.

L'attention est spécialement attirée par la tumeur utéro-ovarienne. C'est une masse de 2750 grammes, facilement isolable des parties environnantes, mais dont la limite supérieure comprime le segment inférieur de l'intestin compris dans l'anus contre nature, elle mesure 23 cent. et

transversalement, 21 cent. en dimensions verticales, et paraît formée de trois lobes, deux d'entre eux sont surtout remarquables par leur continuité avec l'utérus pour l'un : avec le ligament large du côté droit, et l'ovaire droit qu'il est impossible de retrouver, pour l'autre.

A part la présence d'une formation kystique, du volume du poing, qui occupe le bord supérieur, au voisinage de l'ombilic, toute cette masse est identique, de consistance ligneuse, criant sous le scalpel, impossible à déchirer par le doigt ; ne donnant pas de suc à la coupe, en un mot d'apparence fibro-sarcomateuse. Le kyste offre des parois consistantes ; infiltrées de graisse, de coloration jaunâtre, sa surface interne est hérissée de végétations et renferme une cuillerée de liquide brunâtre.

Le lobe qui part de l'utérus lui est rattaché par un pédicule de nature musculaire, identique au tissu utérin, inséré immédiatement au-dessus de l'abouchement de la trompe droite ; pédicule long de 2 cent. qui est hérissé à sa face postérieure d'un corps fibreux gros comme une noisette.

Le lobe qui part du ligament large, naît par deux longs pédicules enroulés sur eux-mêmes, et terminés à sa paroi inférieure. Il n'adhère à la masse commune que par sa moitié supérieure et reste distinct inférieurement. Le ligament large est renversé de telle sorte que sa face normalement postérieure regarde directement en haut.

En incisant l'utérus sur la ligne médiane, outre deux petits polypes pédiculés fixés sur la paroi postérieure de la cavité du col, on constate une masse polypeuse du volume d'un œuf de pigeon, fixée aux deux bords latéraux de l'isthme par deux pédicules, bilobée inférieurement ; l'une des divisions est d'une mollesse remarquable et d'une teinte manifestement ecchymotique. L'étude histologique de la tumeur sera publiée ultérieurement. Le ligament large et l'ovaire du côté gauche sont sains.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble remarquable, en dehors de ce qui se rapporte à la hernie ombilicale et aux lésions de l'intestin, par l'existence des tumeurs utérines et ovariennes.

Selon notre excellent maître, M. le Dr Ferrand, on peut se croire en présence d'un fibro-sarcome formé aux dépens de l'ovaire et du ligament large du côté droit, et fusionné secondairement avec une tumeur fibreuse sous-péritonéale de l'utérus. Le cas serait à rapprocher du fait bien connu de Cruveilhier, où deux tumeurs identiques portaient de chaque

ovaire et se fusionnaient au-dessus de l'utérus, qu'ils coiffaient pour ainsi dire, et d'un fait analogue observé par notre chef de service lui-même.

M. RECLUS dit qu'il a été appelé pour faire la kélotomie, lorsque la femme était déjà dans un état qui ne laissait guère d'espoir; après avoir fait le débridement, il a réséqué environ 12 centimètres d'intestin, fait une suture latérale et laissé un anus contre nature, mais la malade n'a survécu que 24 heures.

17. Kyste dermoïde de la région sublinguale; par MEUNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé L... Pierre, âgé de 52 ans, employé de commerce, est entré le 24 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 1, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. DESPRÉS, pour se faire opérer d'une tumeur du plancher de la bouche.

Jusqu'au 16 janvier dernier, le malade ignorait l'existence de cette tumeur. Venu ce jour-là consulter pour une hémorroïde, il fut tout surpris lorsque le chirurgien, remarquant le timbre particulier de la voix, lui demanda s'il n'avait rien dans la bouche. Malgré sa réponse négative, M. Després insiste, et, par un examen direct, constata la présence d'un kyste volumineux qui occupait le plancher de la cavité buccale.

Interrogé sur ses antécédents, L... n'accuse aucune autre affection qu'une fistule à l'anus, pour laquelle il avait subi une opération une douzaine d'années auparavant. Il n'avait jamais eu de mal dans la bouche, et à aucune époque de sa vie, il n'avait éprouvé de gêne pour parler ou manger. Sa voix avait toujours été la même. Sa tumeur était très probablement congénitale ou du moins s'était développée très lentement. Le malade partit en promettant de revenir, s'il se décidait à l'opération.

Préoccupé, à partir de ce moment, L... revint, en effet, le 14 février, et le 16 il fut opéré.

Au moment où elle fut enlevée, la tumeur présentait les caractères suivants : elle occupait la ligne médiane, immédiatement en arrière du maxillaire inférieur, au-dessous de la langue, au-dessus du muscle mylo-hyoidien, entre les génio-glosses, que l'on voyait glisser sur les côtés de la tumeur, en formant pour ainsi dire une double sangle.

Sa langue, mobile en tous sens, était soulevée au niveau des dents; elle faisait saillir la tumeur en haut et en avant,

lorsqu'elle se renversait en arrière, et faisait bomber la région sous-mentale, quand elle se portait en avant. La muqueuse n'adhérait que par un tissu lâche; elle n'avait point l'aspect blanchâtre à fond opaque des grenouillettes, ni la teinte jaunâtre de certaines tumeurs graisseuses.

Sa tumeur présentait le volume d'une grosse mandarine; elle était lisse, molle, arrondie, fluctuante, toujours indolente. Une épingle, plantée dans le kyste, pouvait être inclinée dans tous les sens et gardait la position qu'on lui donnait; signe que qui indiquait que le contenu n'était pas liquide, mais demi-solide. Au toucher, cependant, on ne percevait point de consistance pâteuse, et la pression du doigt ne laissait aucune empreinte. Les canaux de Warthon, ou tout au moins leurs orifices, conservaient avec la langue leurs rapports normaux, ainsi qu'il fut facile de s'en assurer.

La mastication ni la déglutition, nous l'avons déjà dit, n'étaient point gênées, et, bien que la voix fût altérée dans son timbre et parût un peu embarrassée, le malade ne s'était pas aperçu de ce défaut.

M. Després posa le diagnostic entre un kyste dermoïde et un lipôme, et, sans toutefois se prononcer catégoriquement, les kystes dermoïdes étant rares à l'âge de ce malade (52 ans) et les lipômes ayant été vus un plus grand nombre de fois, il pencha de préférence pour le lipôme. Dans l'un et l'autre cas, le procédé opératoire devant être le même, on ne fit point de ponction exploratrice.

La tumeur fut enlevée, sans chloroformisation, par une incision longitudinale de la muqueuse, et un léger débordement à gauche. L'incision de la poche donna issue immédiatement à une grande quantité de matière grisâtre, d'odeur butyreuse; le kyste se vida ainsi presque complètement, et fut ensuite facilement énucléé avec des ciseaux. On n'eut point à faire de ligature, et la quantité de sang perdu fut insignifiante.

La plaie ne fut traitée par aucun procédé antiseptique. L'humidité de la bouche et la salive, dit M. Després, suffiront pour constituer un pansement naturel efficace. Le malade dut seulement se gargariser avec de l'eau de menthe.

Les jours suivants, la température ne dépassa pas 38°,6 le soir, le quatrième jour, il n'y avait plus de fièvre. Le cinquième jour, le malade put prendre des aliments solides, et, le onzième jour, c'est-à-dire le 27 février, la cicatrisation étant presque complète, il put sortir. Le 7 mars, il revint à la consultation; il était tout à fait guéri.

L'ouverture de la tumeur d'abord et l'examen histologique ensuite confirmèrent le diagnostic de kyste dermoïde.

Examen histologique. L'examen histologique a été fait par M. Variot, interne à l'hôpital de la Charité. Voici le texte de la note qu'il a bien voulu nous remettre :

« Le contenu du kyste est constitué par une bouillie grisâtre, molle.

« Au microscope, on y constate : 1° Des lames de cholestérine en grand nombre; en quelques points, ces cristaux sont superposés et forment des amas volumineux; 2° Des cristaux aciculés d'acides gras réunis en houppes; 3° Des éléments très pâles à contour net, ne se colorant pas par le carmin, en général, et ne présentant pas de noyaux. Ces éléments nous ont paru représenter des cellules épithéliales altérées. Une très petite portion de la poche a été excisée et durcie à l'alcool absolu. Sur les coupes, cette paroi apparaît comme formée de trois couches : 1° Une interne épithéliale, répondant à la cavité kystique; 2° Une couche fibreuse; 3° La continuité immédiate avec celle-ci, une autre couche fibreuse contenant un grand nombre de vaisseaux.

« La couche épithéliale est séparée du chorion sous-jacent par un basement membrane très mince, mais néanmoins très apparent.

« Les cellules épithéliales présentent le même mode de groupement et de superposition que sur la surface de la muqueuse buccale; couche profonde basilaire composée de cellules prismatiques régulières sur une seule rangée. Audessus, cellules polyédriques qui vont s'aplatissant et deviennent tout à fait cornées à la surface. Quelques lambeaux formés de ces cellules cornées faisant partie du contenu kystique sont restés adhérents à la couche épithéliale.

« La couche fibreuse formant le chorion est à peu près libre à sa surface; elle ne présente pas de saillies papillaires. La structure se rapproche cependant sensiblement de celle du derme de la muqueuse : faisceaux de tissus fibreux intriqués en tous sens, fibres élastiques abondantes, disséminées; noyaux de tissu conjonctif accumulé en certains points, tels sont ces éléments constitutants. Pas de fibres lisses, ni de glandes.

« Les vaisseaux sont très abondants sur la partie externe ou adhérente de la paroi, par place ils forment de véritables sacs sanguins.

« Cette production kystique paraît avoir une origine embryonnaire et résulter d'une involution de la muqueuse de

la face inférieure de la langue. En ce point, la muqueuse ne présentant que de très petites papilles et ne renfermant aucune glande salivaire ou autre, la structure du chórion du kyste se trouve expliquée. Inutile d'ajouter que les glandes sébacées et les poils, étant des produits épithéliaux spéciaux aux téguments externes, ne pouvaient se rencontrer dans une tumeur dérivant de la muqueuse buccale. »

La pièce est déposée au musée Dupuytren.

18. M. WEILL présente un *rétrécissement cancéreux du rectum*.

19. Examen microscopique de la tumeur du rectum présentée par M. Weill ; par le D^r MAYON, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux.

Sur un fragment pris à la limite de la tumeur, on observe sur des coupes colorées au picro-carmin les détails suivants.

A un faible grossissement, on remarque que la muqueuse formait, au niveau du coin sur lequel portait la coupe, un pli ou dépression. Or, l'aspect de la muqueuse est différent dans ce pli de ce qu'il est dans le reste de son étendue. Au niveau de la dépression, les glandes en cœcum, tapissées d'épithélium cal'ciforme, sont normales, peut-être un peu hypertrophiées. En dehors de l'anfractuosité, ces glandes sont séparées par du tissu conjonctif beaucoup plus abondant, et déjà très développé, qui les a étouffées en plusieurs points, et qui partout les a atrophiées ; ailleurs, il s'est formé de petits kystes ; partout l'épithélium est irrégulier, mal formé ; les cellules tendent à se détacher et offrent, pour la plupart, un état granuleux tout différent de ce que doit être leur aspect normal.

Sous la couche glandulaire, dans toute son étendue, on voit la couche musculaire de la muqueuse, qui est restée intacte.

Quant à la couche cellulaire sous-muqueuse, elle est excessivement épaissie et constituée par un tissu fibrillant, fin, taché, paséme de nombreux boyaux irréguliers, qui contiennent des cellules spéciales. Ces cellules sont sphériques et présentent un noyau épaissi à leur périphérie. La substance de ces cellules est claire, transparente et ne se colore pas par le picro-carmin ou prend une teinte jaunâtre très faible. Elle paraît être de nature muqueuse. En tous cas, il ne s'agit pas de matière grasse, bien qu'au premier aspect on ne puisse mieux comparer les cellules que

nous venons de décrire qu'aux vésicules adipeuses du kyste cellulaire sous cutané.

Dans la profondeur de la couche cellulaire, le tissu conjonctif devient plus dense et laisse seulement de larges cavités sphéroidales pleines des mêmes cellules. En divers points, on voit ce tissu morbide, affectant principalement la première forme que je viens de décrire, pénétrer entre les faisceaux de la tunique sous-cutanée et les dissocier. Arrivé entre les deux couches de la tunique sous-cutanée, le tissu morbide forme des nappes qui entourent et diminuent la couche de fibres longitudinales. Enfin, on rencontre ce tissu morbide, avec les mêmes caractères, dans le tissu cellulaire ambiant et jusque dans les couches externes de la prostate, dont il dispense et étouffe les faisceaux musculaires lisses. Seulement, à mesure que l'on s'enfonce de la surface de la muqueuse rectale vers la profondeur, on voit apparaître, isolées d'abord, puis de plus en plus nombreuses, des cellules qui, au milieu de celles qui ont subi la dégénérescence muqueuse, ont conservé leur protoplasma intact, coloré en jaune brun par le picro-carmin. Ces corps cellulaires sont uninucléés, le plus souvent sphériques; parfois polygonaux lorsqu'ils se groupent, et de volume sensiblement uniforme. Mais, en somme, les éléments sont peu importants comme nombre.

Les vaisseaux ne présentent rien de spécial. Au-dessous de la muqueuse, quelques noyaux d'irritation indiquent l'imminence de l'ulcération.

En résumé, il me semble que la seule dénomination applicable à cette tumeur est celle de *carcinome de dégénérescence muqueuse*.

20. Observation d'une Arthrite tuberculeuse du genou. — Gommès tuberculeuses des parties molles périarticulaires; par G. BERNE, interne des hôpitaux.

Le jeune C. âgé de 11 ans, soigné pendant quelque temps à l'hôpital Trousseau par M. LANNELONGUE, entra le 15 janvier 1881 dans le service de M. le professeur TRÉLAT. L'état du malade était des plus graves et dénotait un long état de souffrance. Atteint depuis six ans d'une tumeur blanche du genou gauche, il portait depuis deux ans une tumeur du maxillaire supérieur.

L'affection articulaire faisait d'incessants progrès; la jambe gauche, très amaigrie, contrastait par son faible volume avec l'énorme gonflement du genou et des parties molles de l'extrémité inférieure de la cuisse, dont le tégu-

ment présentait depuis un mois une fistule étroite, à trajet oblique en avant et en bas. Pâleur extrême, maigreur, ventre énorme, météorisme considérable, diarrhée depuis longtemps. La miction était douloureuse. Les urines ne présentaient ni sucre, ni albumine, mais formaient un abondant dépôt. L'examen microscopique y décelait des quantités notables d'oxalate de chaux, d'urate de soude, d'urate d'ammoniaque et de phosphate ammoniaco-magnésien ; pas de leucocytes, ni d'hématies. Le cathétérisme n'avait révélé la présence d'aucun calcul vésical.

En présence de cet état général si grave, de ces deux affections, dont l'une, de date ancienne, à évolution lente, l'autre de date récente, mais à marche rapide, semblaient solliciter à un égal degré l'intervention chirurgicale, M. Trélat, dans une leçon clinique consacrée à l'étude de ce malade, déclara qu'il y avait lieu de supprimer tout d'abord la cause la plus ancienne d'une dénutrition générale si profonde : la tumeur blanche du genou. L'indication opératoire parut formelle ; l'amputation de la cuisse gauche fut exécutée le 27 janvier.

L'examen microscopique des extrémités osseuses malades et des parties molles avoisinant l'articulation, ajoute à l'histoire de ce malade un haut intérêt.

Une section verticale de l'extrémité inférieure du fémur, de l'articulation du genou et de l'extrémité supérieure du tibia, nous a fourni les renseignements suivants : le fémur, présente à l'extrémité inférieure de la diaphyse, deux anfractuosités séparées l'une de l'autre par une sorte de diaphragme osseux. La cavité située au-dessus du diaphragme est remplie d'une moelle rouge, molle, diffluente. Çà et là, quelques minces lamelles osseuses, proéminent dans la cavité, et circonscrivent de petites loges irrégulières et incomplètes. L'anfractuosité inférieure est plus large ; le cartilage épiphysaire la limite complètement en bas, et se trouve recouvert d'une mince couche osseuse, très friable et d'une extrême minceur. Cette cavité occupe les deux tiers antérieurs de la face supérieure du cartilage diaphyso-épiphysaire. De la moelle d'une couleur jaune rougeâtre, d'une consistance très molle, remplit cette cavité, dans laquelle pénètrent en bas et en arrière, de minces aiguilles osseuses.

Le cartilage épiphysaire, borde en arrière un îlot osseux à trabécules raréfiées. Entre la partie postéro-inférieure de cet îlot et la partie postérieure du cartilage, se présente une autre cavité à diamètre vertical, d'un millimètre envi-

ron, mais dont le diamètre transversal s'étend à toute la partie supérieure du condyle interne.

La partie du condyle située au-dessous du cartilage épiphysaire, présente à son tiers antérieur, une petite cavité à diamètre vertical de 2 millimètres environ de hauteur, et d'un diamètre transversal de 3 centimètres $1/2$.

Le cartilage se trouve donc constituer entre la cavité épiphysaire d'une part, et la cavité diaphysaire, un véritable pont cartilagineux, recouvert sur chacune de ses faces, par une mince couche osseuse. Le reste de la diaphyse fémorale ne présente pas d'altération.

La rotule est atteinte dans les deux tiers inférieurs de sa partie antérieure; il existe en ce point une loge verticale, renflée à la partie inférieure de l'os, et dont la cavité est çà et là coupée par des trabécules minces.

Le tibia présente plusieurs altérations intéressantes; au tiers antérieur du plateau tibial, anfractuosité à parois généralement lisses, sauf à la partie postérieure. Çà et là, quelques cloisons d'une minceur extrême. Le cartilage épiphysaire n'est pas absolument à nu; il offre une légère couche de tissu osseux, grenu, peu résistant. Au-dessous du cartilage, cavité très large, dirigée de haut en bas, et à grand diamètre transversal. La moelle est molle, jaune rougeâtre. Cette cavité est limitée en haut par la face inférieure du cartilage, recouvert d'une lamelle osseuse, très appréciable en avant, mais diminuant en arrière. Ici, se présente une particularité: l'extrémité supérieure du tibia paraît constituée par deux manchons osseux: l'un interne, très mince, formant un anneau cylindrique; l'autre manchon est externe et se rattache au premier par quelques lamelles osseuses. Une moelle jaune rougeâtre remplit la cavité située entre les 2 lamelles. Une semblable disposition a été signalée par M. Lannelongue, chez certains malades soumis à son observation. Pour cet auteur, elle serait due à la production d'un nouvel os, engainant l'os ancien, des couches nouvelles s'étant successivement déposées sous le périoste. Il semble chez notre sujet que la diaphyse se soit dédoublée en deux feuillets. Le feuillet externe est extrêmement adhérent aux parties voisines.

Les parties molles nous ont présenté les lésions suivantes: cavité articulaire tapissée par une membrane molle, pulpeuse, grisâtre, facile à détacher des surfaces articulaires, sur lesquelles elle repose, et n'offrant pas de prolongements appréciables, pas de fongosités.

L'examen histologique de cette membrane a montré qu'elle contenait des granulations tuberculeuses.

Poursuivant l'examen des parties molles, nous avons constaté : 1° En arrière de l'extrémité supérieure du tibia, une masse grisâtre, de consistance semi molle, d'une étendue verticale de 4 centimètres. Cette masse est bien distincte des tissus voisins, tant par sa consistance spéciale, que par sa coloration.

En arrière de l'interstice articulaire, autre masse, à direction antéro-postérieure, un peu vasculaire au centre, et offrant les mêmes caractères que la précédente. Au niveau du cul-de-sac synovial sous-tricipital, et se prolongeant sous le tendon du muscle triceps, autre masse grisâtre, en partie ramollie à sa partie supérieure. A ce niveau, se présente l'orifice interne d'une fistule ouverte sur les téguments. La paroi limitante de la fistule est irrégulière à sa partie périphérique et se confond avec les tissus voisins.

Examen histologique pratiqué par M. le Dr LATTEUX chef du laboratoire d'histologie de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. — Il a fourni les renseignements suivants :

1°. *Parties molles.* On observe: a) Un tissu conjonctif à faisceaux ondulés, avec de larges dilatations lymphatiques, reconnaissables à leur bordure de noyaux allongés. Ces faisceaux, écartés les uns des autres, circonscrivent de vastes cavités, remplies de cellules embryonnaires. b) Une zone plus molle, présentant des amas de tubercules, se montrant sous forme de nodules jaunâtres et granuleux au centre, avec une bordure de cellules embryonnaires groupées et condensées à la périphérie.

On peut, sur la pièce, suivre tout le développement tuberculeux, depuis la période où les vaisseaux cessent d'être perméables, jusqu'au moment où se produit le ramollissement complet.

Quant aux cellules tuberculeuses, elles se montrent disséminées au milieu des éléments embryonnaires, et s'en distinguent à leur noyau volumineux et à leurs dimensions bien plus considérables.

2°. *Parties dures.* A. Os. On rencontre tous les phénomènes de la carie ; au milieu d'une moelle à éléments embryonnaires très nombreux et remplie de gouttelettes huileuses, apparaissent encore quelques débris de cloisons osseuses à bords en quelque sorte fondus avec le reste du tissu médullaire. On voit aussi quelques vestiges de vaisseaux engorgés de globules blancs et ayant cessé d'être perméables.

B. *Cartilages.* Ils sont érodés sur les bords. Le tissu tuberculeux embryonnaire pénètre dans leur masse et tend à les faire disparaître devant son envahissement. Les cap-

sules mères (chondroplastés) se sont effilées en forme de boyaux et ont donné naissance à de nombreuses cellules secondaires. La masse du cartilage est fragmentée.

RÉFLEXIONS.— L'examen macroscopique de l'articulation malade nous a révélé, chez le sujet qui nous a fourni l'objet de cette observation, d'intéressantes lésions. Outre la délimitation si exacte des cavités anfractueuses de l'os, soit par le cartilage épiphysaire, soit par un diaphragme osseux, nous avons pu observer que l'extrémité supérieure du tibia montrait, dans toute sa netteté, le phénomène de la production d'un nouvel os engainant l'os ancien (fait pathologique bien mis en lumière par les travaux de M. Lannelongue). Des couches osseuses se sont formées sous le périoste ; en un point correspondant à des lésions osseuses de date ancienne. De plus, nous croyons devoir attirer l'attention sur la présence de cette membrane grisâtre, molle, infiltrée de granulations et tapissant les surfaces articulaires. Cette membrane, non irrégulière à sa surface interne, présentait dans les points recouvrant le cartilage articulaire, des prolongements de tissu embryonnaire pénétrant entre les travées de chondroplastés.

A ces lésions s'ajoutait, dans les parties molles périarticulaires, la production de ces gommes tuberculeuses dont les unes n'avaient pas dépassé la période de crudité caractéristique du premier degré de leur évolution, mais dont une seule, la plus superficielle, avait atteint le degré ultime de cette évolution même : le ramollissement suivi de fistule et d'abcès.

En résumé, dans la pièce pathologique que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons pu nous rendre compte à la fois du mode de développement des tubercules au sein de la substance osseuse, et, d'autre part, constater au voisinage de l'os malade, la présence de ces produits tuberculeux appelés tuberculômes par M. Lannelongue, et gommes tuberculeuses par MM. Brissaud et Josias (1).

Le cas dont nous faisons mention vient s'ajouter à la série de faits dont parle M. Lannelongue dans son récent mémoire sur les tubercules des os et des parties molles

(1) Brissaud et Josias. — *Rev. mensuelle*, novembre 1879.

avoisinantes des os malades. Le fait que nous rapportons ici, 1° le développement des gommes tuberculeuses des parties molles périarticulaires s'est produit sous la *peau*, non dans le derme, mais dans le tissu cellulaire, au voisinage des extrémités osseuses malades.

2° Le siège de la lésion tuberculeuse des parties molles a offert avec le siège des lésions osseuses une relation digne d'intérêt.

N. B. Le 15 *mai*. Actuellement, le malade est en parfait état, il a subi (une fois son moignon pourvu d'une cicatrice) une opération des plus graves (résection du maxillaire supérieur, 7 *avril*); deux opérations graves ont donc été pratiquées successivement, à trois mois d'intervalle, chez un sujet profondément affaibli. — Notons que l'état général s'était sensiblement amélioré trois semaines après l'amputation de cuisse. En ce moment, après la résection du maxillaire, l'état général est plus satisfaisant encore. Les deux plaies sont complètement cicatrisées.

21. Hépatite aiguë suppurée à frigore, forme typhoïde. — Ouverture de l'abcès dans le péritoine. — Péritonite sub-aiguë; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé V. Félix, âgé de 21 ans, cocher, est entré le 24 janvier 1881 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. RENDU. Ce garçon, quoique de constitution peu robuste, est d'une bonne santé habituelle. Pas d'antécédents syphilitiques, ni rhumatismaux; pas d'habitudes alcooliques, malgré sa profession. Le 15 janvier dernier, après avoir reçu la pluie toute la journée, il ressentit en rentrant chez lui un violent frisson avec fièvre vive et point de côté à droite. Il se mit au lit et eut des nausées toute la nuit; au bout de dix jours, comme il n'éprouvait aucun soulagement, il se décida à entrer à l'hôpital le 24 janvier.

On le trouvait alors avec une fièvre vive (39°, 5), la peau brûlante, sèche et une oppression intense. Le point de côté était toujours très douloureux, l'inappétence absolue, la langue était sale, le ventre non ballonné, souple, peu sensible à la pression; pas de taches, constipation; toux rare, expectoration peu abondante, sans caractère.

À l'auscultation de la poitrine, on constatait, à droite, une grande diminution et même à la base une absence complète du murmure vésiculaire; pas de souffle, pas de râles; matité dans la moitié inférieure de la poitrine.

En raison de l'absence de souffle tubaire, de râles de

bronchophonie, d'expectoration caractéristique, en raison de la persistance des vibrations thoraciques et de l'absence d'œgophonie et de matité absolue, on devait écarter l'idée d'une pneumonie ou d'une pleurésie; on pensa à une congestion pulmonaire (ventouses sèches, potion au kermès).

Pas de changement dans l'état du malade jusqu'au 29.

29 janvier. Etat général plus sérieux; langue sèche, rouge à la pointe, abattement très prononcé, fièvre vive; le ventre est ballonné, sensible à la pression; diarrhée.

Ces symptômes font penser à l'existence d'une fièvre typhoïde ayant débuté brusquement par des signes de congestion pulmonaire.

31 janvier. Etat général mauvais. Ventre ballonné, légère épistaxis, pas de taches. Mêmes signes pulmonaires, quelques stries sanguinolentes dans les crachats; fièvre plus vive. Ascension d'hier au soir 40°, 8. Ce matin 39°, 8. Langue sèche, diarrhée.

4 février. Dans la nuit du 3 au 4, douleur brusque, extrêmement violente, dans l'abdomen, nausées, ballonnement encore plus marqué du ventre. Le matin, à la visite, on trouve le malade avec les traits tirés, la respiration gênée, le ventre très tendu, douloureux, nausées continuelles (Injection morphine, vésicatoire sur le ventre); on attribue les accidents graves à une péritonite par perforation ou par propagation survenue dans le cours de la fièvre continue.

5 février. Vomissements bilieux qui persistent toute la journée et toute la nuit, ventre tendu, dyspnée, urines rares, face grippée, la température baisse : 37°, 2; langue toujours aussi sèche, colorée en vert par la bile. (Injection morphine.)

6 février. La mort survient dans la matinée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate les signes d'une péritonite aiguë, les anses intestinales sont réunies et accolées par des fausses membranes purulentes qui se détachent assez facilement; ces fausses membranes sont surtout abondantes près du cœcum. La surface péritonéale des intestins est rouge; on enlève avec soin les fausses membranes, mais on ne peut constater, en aucun point, de perforation intestinale. Après avoir ouvert les intestins, on est surpris de ne trouver aucune trace d'ulcération des plaques de Peyer; la surface interne de l'intestin est parfaitement saine, les lésions de la fièvre typhoïde sont complètement défaut, le cœcum et le reste du gros intestin ne présentent aucune altération, la rate est de volume normal. Les poumons, sont sains; pourtant, la base du poumon

droit est adhérente au diaphragme, la plèvre, à ce niveau, est tapissée d'une fausse membrane.

C'est en détachant le foie qu'on trouve l'explication des symptômes observés chez le malade. En soulevant ce viscère, on fait couler un flot de pus provenant du bord postérieur de l'organe hépatique; en effet, il existe en ce point un énorme abcès proéminent vers la face supérieure, et entouré de fausses membranes très nombreuses; aussi, il n'y a qu'une faible quantité de la collection qui s'est déversée dans le péritoine et a déterminé les symptômes de péritonite aiguë.

Cet abcès atteint presque la dimension d'une tête de fœtus à terme; le pus qu'il contient est crémeux, sans grumeaux, sans trace aucune d'hydatides; ses parois sont irrégulières, anfractueuses; sa cavité est comme bilobée. Cet abcès paraît avoir pris naissance dans les parties centrales du lobe droit et avoir gagné consécutivement le bord postérieur; le volume du foie est un peu augmenté; les veines sont parfaitement libres au voisinage de la collection et dans tout le foie, et ne contiennent pas de caillots.

Les autres organes sont sains.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente certaines particularités sur lesquelles nous voulons attirer l'attention. D'abord, quelle est la cause de cet abcès? On ne peut penser au traumatisme, cet homme n'avait pas reçu de coup, et n'était atteint d'aucune plaie. On ne peut non plus expliquer la formation de cette hépatite aiguë par une lésion de l'intestin; à l'autopsie, nous n'avons trouvé aucune ulcération, aucune cicatrice appréciable sur la muqueuse intestinale. Les veines du foie étaient intactes; du reste, ce garçon a toujours été bien portant, n'a jamais eu de dyssenterie et n'a jamais habité les pays chauds.

On peut donc croire à une affection à frigore; car le début a été brusque et est survenu au milieu d'une santé parfaite chez un individu qui est resté exposé toute une journée au froid et à la pluie; ce serait une hépatite comparable aux néphrites qui surviennent dans de semblables conditions.

Un autre fait qui est moins exceptionnel, c'est la difficulté du diagnostic. Le malade n'a jamais appelé l'attention du côté du foie; il se plaignait d'un point de côté en arrière de la poitrine, n'a jamais eu d'ictère, et, bientôt, tous les symp-

tômes ont paru ceux d'une fièvre continue : stupeur, épistaxis, langue sèche, diarrhée, ballonnement du ventre, puis, péritonite; il était difficile de ne pas croire à l'existence d'une fièvre typhoïde.

22. Cirrhose graisseuse hypertrophique ; par Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

La nommée Cl... D..., âgée de 48 ans, journalière, entre le 5 février 1881, dans le service de M. PROUST, salle Sainte-Marie n° 33 bis, à Lariboisière.

Cette femme n'a jamais été malade avant 5 mois d'ici. Elle buvait beaucoup, et, d'après M. Quinquaud, qui la connaissait avant sa maladie, elle serait nettement alcoolique.

Il y a cinq mois, elle a été prise de métrorrhagies abondantes, plusieurs fois répétées. Au bout d'un mois environ, il y a quatre mois actuellement, par conséquent, son ventre commença à augmenter de volume.

Elle éprouvait dans l'abdomen et surtout dans l'hypochondre droit des douleurs sourdes, avec exacerbations aiguës. A cette époque, déjà, elle présentait, dit-elle, une teinte jaune assez marquée. L'ascite ayant rapidement augmenté, une première ponction fut faite il y a trois mois; il fut extrait huit litres de liquide rougeâtre, transparent. Un mois après, une nouvelle ponction était de nouveau nécessaire. Elle donna issue à la même quantité de sérosité, ou à peu près. Depuis, l'ascite a de nouveau reparu; toutefois, son développement a été beaucoup moins rapide que dans les premiers temps de la maladie.

Au moment de l'entrée, on constate une distension assez prononcée de l'abdomen. Les extrémités inférieures sont gonflées, et l'œdème, abondant surtout au niveau des malléoles, remonte jusqu'à la partie inférieure des cuisses. Le teint de la malade est pâle, jaunâtre, et les conjonctives présentent une coloration ictérique non douteuse. Cette coloration se retrouve sur la face inférieure de la langue. La malade est abattue, à demi-prostrée; répondant difficilement, mais nettement aux questions qu'on lui pose.

A l'examen de l'abdomen, on constate qu'en réalité la distension est beaucoup plutôt gazeuse qu'ascitique. Il existe cependant une certaine quantité de liquide qui se révèle par de la matité, et se déplace dans les diverses positions que prend la malade.

La région de l'hypochondre droit est pleine, résistante. A la percussion, la matité hépatique occupe une étendue

considérable : 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire et sur la ligne axillaire antérieure. Le bord de l'organe dépasse le rebord des fausses côtes de 3 à 4 travers de doigts.

Dans l'hypochondre gauche, au niveau de la rate, on trouve une matité qui s'étend verticalement sur une longueur de 10 centimètres environ ; transversalement, sur une largeur de 5 à 6 centimètres.

La langue est sèche, fuligineuse ; l'appétit à peu près nul. Il y a de la constipation. On trouve à l'examen des poumons des râles sous-crépitaux dans les deux tiers inférieurs de leur base environ. Les battements du cœur sont sourds, sans autre anomalie ; le pouls est faible, petit, régulier, fréquent, 100 pulsations et plus. La malade laisse échapper ses urines. Celles qu'on obtient par le cathétérisme sont rougeâtres, brunâtres.

Les jours qui suivent l'entrée, la stupeur augmente. Pendant la nuit, la malade crie, se plaint, pousse des gémissements, empêche ses voisins de dormir. Pendant le jour, elle est somnolente, subdélirante.

Les urines sont émises involontairement ; la langue est sèche, rôtie ; l'œdème des membres inférieurs augmente sensiblement. A deux reprises, on constate des vomissements noirâtres, couleur chocolat, probablement hémorrhagiques.

L'affaiblissement est de plus en plus marqué. La malade est dans un état typho-adyynamique. Pendant le jour, délire torpide, somnolence ; pendant la nuit, cris, gémissements plaintifs, délire.

Le ventre est toujours aussi volumineux et douloureux à la pression dans le flanc droit. La matité hépatique présente la même étendue. L'œdème des pieds et des jambes est beaucoup plus marqué.

On est obligé de sonder la malade. L'urine est noire, épaisse. On n'y trouve pas d'albumine. Par la teinture d'iode, on trouve, au point de contact, un léger cercle verdâtre. Quand on verse de l'acide nitrique, il se forme un diaphragme rouge brunâtre, beaucoup plus évident encore quand l'urine est étendue d'eau à moitié. Le chloroforme ou l'éther agités avec l'urine se colorent en jaune pâle. La coloration ictérique des téguments, et surtout de la face, persiste.

La malade meurt le 17 février.

AUTOPSIE, pratiquée 36 heures après la mort. — La teinte jaune des téguments est encore marquée, surtout à la face.

Les conjonctives sont également ictériques. On constate d'assez nombreuses suffusions sanguines sous-cutanées. Le trajet des veines est indiqué par le sang qui a diffusé et dessine leurs ramifications. L'ouverture du thorax donne issue à une assez grande quantité de sérosité : 1/2 litre environ. L'abdomen renferme à peine 1 litre de liquide ascitique.

Les *poumons* ne sont pas adhérents. On ne constate pas sous la plèvre de traces de suffusions hémorrhagiques. Le *péritoine*, au contraire, présente des suffusions sanguines en assez grand nombre, principalement dans le mésentère et au pourtour du cœcum. A beaucoup d'endroits, le réseau veineux est dessiné par des vaisseaux dilatés, remplis de sang noir, qui présente une grande tendance à fuser dans les tissus voisins.

Le *foie* est volumineux. Les dimensions correspondent bien à celles qu'a indiquées la percussion. Il déborde en bas les fausses-côtes de 3 à 4 travers de doigts. A gauche, il s'étend jusqu'au-devant de l'œsophage, et au-dessus de la grosse tubérosité de l'estomac. Cette augmentation de volume s'est produite sans amener de déformation notable. Peut-être le foie est-il un peu plus aplati que normalement.

Sa surface est jaune pâle, parsemée de points blancs, gros comme des grains de chènevis pour les plus considérables, comme des grains de millet pour les plus faibles. Sur la capsule, épaissie et très adhérente, on distingue des plaques opalines et des traînées blanchâtres de périhépatite. Il n'y avait pas d'adhérences péritonéales au pourtour.

Les inégalités de la surface sont très évidentes au palper. Le tissu hépatique est dur, résistant, peu dépressible sous le doigt. Sa résistance au couteau est très marquée. A la coupe, on trouve une surface jaune vert, uniforme, en apparence, si on la considère à une certaine distance. Toutefois, on reconnaît facilement qu'elle est parsemée de points jaunes et blancs, entremêlés.

On distingue à l'œil nu des travées blanchâtres, les unes fines, délicates, les autres assez épaisses qui séparent ces divers points, jaunes et blancs.

A première vue, le foie semble grasseux. Lorsqu'on y prête plus d'attention, on trouve des saillies de la surface, des trabécules blanchâtres à la coupe, et une consistance très manifestement sclérotique.

Les veines hépatiques semblent épaissies. Leurs parois sont épaissies, rigides. Elles restent béantes sur la coupe, et semblent faire relief. On distingue autour d'elles un léger

liséré blanchâtre, d'aspect fibreux, qui les entoure comme un anneau.

La vésicule est à peu près de dimensions habituelles. Elle renferme de la bile de couleur sale, brunâtre, filante, muqueuse. On y trouve aussi des grumeaux noirâtres qu'on écrase facilement. La surface interne est rouge, tuméfiée, semble-t-il, et sa paroi paraît augmentée d'épaisseur.

La rate est volumineuse; elle présente à peu près deux fois le volume habituel. Son tissu est mou, friable, facilement réduit en pulpe.

Les reins sont de volume moyen. Les capsules sont peu adhérentes. A la coupe, ils sont un peu résistants. Ils semblent à la fois gras et congestionnés. Les veines, et en particulier la voûte artérielle et les veines striées se dessinent en brun rougeâtre sur un fond jaunâtre.

Le cœur est un peu volumineux. Le muscle est mou et flasque. Dans ses cavités, se trouve du sang noirâtre très fluide, dissous, tachant fortement les doigts en rouge.

Les poumons, congestionnés à la base et vers les gouttières vertébrales, crépitent sous le doigt. Ils sont gorgés de sang noir, dissous.

Le cerveau est congestionné. Les méninges sont saines, non adhérentes.

L'estomac est vascularisé, injecté. Il présente çà et là des suffusions hémorrhagiques pointillées.

L'utérus, volumineux, présente le volume des deux poings. Il est dur et résistant. Par l'orifice dilaté du col sort un polype jaunâtre, du volume d'une grosse noix. Ce polype va s'implanter par un pédicule mince sur le fond de la cavité utérine. Dans l'intérieur de cette cavité, se trouve un autre polype à peu près du même volume, qui n'a pas franchi la cavité cervicale. On trouve à la surface de la muqueuse, deux ou trois soulèvements de la grosseur d'une noisette. La muqueuse, épaissie, en apparence, présente à leur niveau une injection manifeste. Ces polypes sont durs, résistants et rappellent par leur consistance et l'aspect de leur coupe la consistance et l'aspect de l'utérus.

Examen histologique. — Après durcissement par les procédés ordinaires (gomme et alcool), et coloration par le micro-carmin, des coupes du foie sont examinées au microscope.

Un grossissement faible donne très bien l'ensemble des lésions. On distingue des îlots blanchâtres entourés par des travées épaisses de tissu fibreux, colorées par le carmin. Les îlots sont composés par des points réfringents parsemés de petites taches jaunâtres. Les travées qui les

insèrent sont annulaires, d'une épaisseur assez régulière. Elles se rencontrent par leur circonférence. Il en résulte des espaces triangulaires dans lesquels on trouve des orifices de vaisseaux, de veines épaissies et englobées par le tissu scléreux.

A un grossissement plus considérable (obj. 6, oculaire 1 de Verick) on trouve que les ilots sont constitués par des vésicules adipeuses réfringentes, accolées les unes aux autres, et séparées par des trabécules plus sombres, grisâtres, qui indiquent l'existence d'une paroi. Ça et là, on trouve, en dehors de ces vésicules, des noyaux colorés en rouge. Ils sont peu nombreux. Il ne semble pas y en avoir dans les cellules adipeuses elles-mêmes. Par places, les espaces qui séparent les vésicules graisseuses sont teintés en jaune. Par places encore, sur des coupes fines, on trouve des plaques petites, jaunâtres, troubles, granuleuses, qui semblent être des cellules du foie très diminuées de volume et réduites pour ainsi dire à l'état de moignon. Il n'est plus possible de reconnaître la disposition lobulaire. Les cellules hépatiques semblent transformées en véritables vésicules adipeuses, dont l'ensemble rappelle l'aspect que présente au microscope le tissu adipeux sous-cutané, par exemple.

Ces ilots graisseux, limités par un cercle de tissu fibreux, sont assez étendus pour qu'on soit certain qu'ils résultent de la dégénérescence de plusieurs lobules hépatiques. Il y a donc une véritable cirrhose annulaire, multi-lobulaire.

Les travées scléreuses, annulaires, sont larges, épaisses. Elles sont constituées par des faisceaux de fibres lamineuses parfois serrées, tassées, parfois plus lâches et ondulées. Par endroits, ces travées fibreuses renferment une grande quantité d'éléments embryonnaires petits et arrondis. Partout, ces éléments embryonnaires sont relativement nombreux.

On rencontre dans l'épaisseur des anneaux de cirrhose, des traînées de cellules cubiques disposées sur une double rangée, de façon à marquer la limite des canaux biliaires. Souvent ces canaux semblent irréguliers et déformés par l'accumulation des cellules tombées dans leur intérieur. Leur paroi se confond avec le tissu scléreux avoisinant. La tunique des veines comprises dans les anneaux de sclérose, et surtout aux points de rencontre des anneaux accolés est épaissie, entouré d'un cercle fibreux assez dense. Cela se voit surtout sur les veines de moyen calibre ; sans doute les veines sous-hépatiques prélobulaires.

Ça et là, les anneaux scléreux envoient des prolongements fibreux dans l'intérieur des lobules graisseux qu'ils limitent.

Leur circonférence interne se trouve ainsi déformée, et les cellules adipeuses sont dissociées, séparées les unes des autres par les tractus rouges qui pénètrent dans leur intérieur.

Des coupes pratiquées tout près du hile, sur de grands espaces renfermant des vaisseaux et des canaux biliaires volumineux, présentent des particularités intéressantes. Le tissu fibreux, là encore, est plus abondant que normalement. La paroi des veines et des canaux biliaires se confond avec le tissu scléreux avoisinant. Les artères semblent beaucoup plus indépendantes.

Dans ces grands espaces encore, on rencontre fréquemment des canalicules biliaires de petit volume réunis par groupe, et englobés dans un anneau de tissu fibreux. La lumière de ces canalicules est limitée par des cellules épithéliales cubiques disposées en cercle.

Le groupe des canalicules ainsi rapprochés les uns des autres, est entouré par un anneau commun de tissu fibreux à fibres concentriques, tassées, et des divers canalicules sont séparés les uns des autres par des travées détachées de l'anneau principal. Souvent, on rencontre plusieurs groupes de ce genre au voisinage les uns des autres.

Dans les diverses coupes, à quelque région qu'elles aient été prises, on trouve des canalicules biliaires remplis d'une substance jaune, brillante, transparente. Parfois, au centre, on distingue des cellules irrégulières, détachées et colorées par la bile concrétée qui les englobe.

Pour ce qui est des reins, les coupes font voir les canaliculi séparés par de minces cloisons cellulo-fibreuses, qui entourent chacun d'eux d'un cercle ou d'un polygone. Lorsqu'on chasse les cellules épithéliales des canaliculi, il reste de la coupe un réticulum lâche de fibres conjonctives. Ça et là, des noyaux rouges évidents, assez peu nombreux. Le tout présente l'aspect d'un réticulum à mailles arrondies dans lesquelles se trouvaient les canaliculi. Dans beaucoup d'endroits, les capsules de Bowmann semblent épaissies et entourées d'un mince cercle scléreux.

Les cellules épithéliales semblent petites, troubles, parsemées de granulations, et, par places, de gouttelettes réfringentes. Cette altération se trouve surtout dans le labyrinthe, au voisinage des glomérules de Malpighi.

RÉFLEXIONS. — Dans l'observation qui vient d'être rapportée, il s'agissait manifestement d'une cirrhose graisseuse survenue chez une femme alcoolique.

Pendant la vie, les phénomènes prédominants avaient été

l'ascite, l'ictère et l'augmentation de volume du foie ; c'est un cas particulier des cirrhoses hypertrophiques.

Dans les derniers temps de la vie, l'ascite qui avait autrefois nécessité deux ponctions a disparu presque complètement. Il faut admettre, sans doute, qu'il s'est fait à un moment donné une circulation collatérale suffisante, ou que des veines hépatiques momentanément oblitérées se sont désobstruées.

L'ictère assez peu prononcé, aurait été pour M. Gubler, d'après l'examen des urines, de l'ictère mixte à la fois biliphéique et hémaphéique. La péri-angéio-cholite biliaire évidente dans beaucoup d'endroits ; l'obstruction de certains de ces canalicules et la rétention de la bile rendent bien compte de la production de l'ictère biliphéique. Quant à l'ictère hémaphéique, son existence s'expliquerait fort bien par l'état de dissolution du sang.

Comment interpréter l'augmentation de volume du foie ? Les cellules hépatiques ont subi une véritable transformation adipeuse ; elles sont réduites à l'état de vésicules graisseuses dont le volume est au moins aussi considérable que celui des cellules hépatiques. Les travées renferment beaucoup d'éléments embryonnaires, inégalement répartis, il est vrai, mais répandus à peu près partout. Les canalicules biliaires sont assez abondants dans les travées fibreuses, peut-être même sont-ils plus nombreux et plus développés que normalement. Il y a certainement de l'angéiocholite et de la péri-angéiocholite. Ces diverses conditions expliquent sans doute, que non seulement le foie n'ait pas subi de diminution de volume, mais même qu'il soit sensiblement hypertrophié.

Si l'on cherche à se rendre compte de la systématisation de cette sclérose, on trouve qu'elle est généralisée, qu'elle est à la fois biliaire et veineuse ; c'est de la cirrhose mixte.

Quant aux phénomènes incomplets d'ictère grave observés à la fin de la vie, il est très naturel de les rencontrer dans ces conditions de destruction des cellules hépatiques et d'inflammation des canalicules biliaires.

Séance du 25 Février 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Sarcôme mélanique généralisé; par JARRY, interne des hôpitaux.

Le 22 février, entrain à la salle Ste-Catherine, dans le service de M. le professeur GOSSELIN, la nommée Guel-laneau, Geneviève, laveuse, âgée de 52 ans. Son état était très grave, et elle mourut le lendemain, après avoir présenté les signes d'une cachexie avancée et une oppression considérable. Sur le membre inférieur gauche, on avait constaté une infiltration mélanique de la peau, et, dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc, il y avait un grand nombre de noyaux disséminés, gros comme des lentilles, mobiles sous la peau, à travers laquelle on pouvait en deviner la couleur noire. Le ventre était gonflé, bosselé, fortement tendu.

AUTOPSIE, pratiquée le 24 février. — Elle démontre la généralisation d'une tumeur mélanique à la plupart des organes. Et d'abord à la jambe, qui, quoiqu'on n'ait aucun renseignement positif à cet égard, semble avoir été le point de départ du mal, on observe ce qui suit : un grand nombre de taches noires qui, ainsi que le démontrent des coupes, ne sont que la partie superficielle de noyaux mélaniques occupant toute l'épaisseur du derme et aussi le tissu sous-cutané ; la peau est scléreuse, éléphantiasique. A la partie inférieure et interne, il existe une ulcération excavée, large comme une pièce de cinq francs environ ; il y en a une autre moins large sur le gros orteil.

Des masses mélaniques sont disposées sur le trajet des lymphatiques du membre, et les ganglions inguinaux forment comme un chapelet, étendu du sommet à la base du triangle de Scarpa.

Il n'y a rien au membre inférieur droit. Au tronc et à la partie supérieure des membres supérieurs, se trouvent des noyaux sous-cutanés dont j'ai déjà parlé. Il n'y en a ni à la face, ni aux mains.

Du côté des viscères, on constate les altérations suivantes : les ganglions péri-trachéaux, œsophagiens et

bronchiques sont, pour la plupart, dégénérés; mais, tandis que beaucoup d'entre eux sont tout à fait noirs à la coupe, les autres ne sont encore que grisâtres et présentent des traînées noirâtres, seulement à leur partie centrale.

Le *poumon droit*, qui présente avec la paroi thoracique des adhérences celluleuses, renferme quelques petits noyaux mélaniques, disséminés tant à sa surface que dans son épaisseur. On peut voir sur la plèvre qui le recouvre comme un semis de petites granulations noires. Le *poumon gauche* est plus altéré. A sa partie inférieure, il est en certains points transformé en une bouillie noire qui s'écoule à la coupe. Il est refoulé en haut, car il existe de ce côté un épanchement pleural, séreux, occupant environ la moitié inférieure du thorax, et ne présentant rien de particulier quant à la coloration. Ces lésions des poumons, ainsi que l'épanchement pleural, réunies à l'ascite dont nous parlerons tout à l'heure, suffisent amplement à expliquer les signes d'asphyxie qu'à présentés la malade, et à comprendre la mort, d'ailleurs préparée par une cachexie profonde.

Le *péricarde* est recouvert sur sa face externe par de petits noyaux très noirs au nombre de 10 à 12. On en distingue 2 ou 3 plus petits au niveau de l'infundibulum pulmonaire, sous le péricarde viscéral. D'autres sont contenus dans l'épaisseur du myocarde; à droite, on voit même un dépôt irrégulier de substance noire, proéminent, sur les colonnes charnues. Lorsqu'on ouvre l'abdomen, il s'écoule une quantité moyenne de sérosité ascitique, sans coloration spéciale.

Le *diaphragme*, aussi bien que les portions de plèvre et de péritoine qui le recouvrent, est parsemé de granulations de volume variable.

Le *foie* est à peu près indemne; il ne contient pas de granulations dans son épaisseur, et c'est à peine si, à sa surface, on peut trouver 2 ou 3 petits grains mélaniques. Par contre, il en existe un grand nombre au niveau du tégument coronaire, du hile et de l'hiatus de Winslow. Le cordon fibreux de la veine ombilicale est infiltré de matière noire.

Les épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique sont complètement envahis par de grosses masses mélaniques, marronnées, se déchirant au moindre effort, et laissant alors échapper une bouillie noire, sale. Mais c'est sur les deux feuillets du grand épiploon que la tumeur présente son plus grand développement. L'épiploon tout entier est en effet transformé en une matière noire, tout à fait analogue à celle que je signalais tout à l'heure dans les épiploons

gastro-hépatique et gastro-splénique. Le tout forme un tablier épais de 5 ou 6 centimètres par endroits, bosselé, irrégulier et pesant. Si, relevant en haut le grand épiploon ainsi altéré, on découvre les parties sous-jacentes, on aperçoit le colon, les anses intestinales et le mésentère recouverts de grosses granulations noires, vraiment kystiques, en raison de la bouillie qu'elles contiennent et ressemblant tout à fait à des grains de raisin.

La matière noire a envahi le petit bassin ; elle tapisse d'une épaisse couche le cul-de-sac recto-utérin, elle entoure les trompes, le fond de l'utérus et le rectum. Les ovaires sont dégénérés et le gauche a acquis le volume d'un œuf d'oie.

Les reins, la rate, l'utérus, le corps thyroïde présentent des dépôts noirs à la surface. Il n'y a absolument rien dans leur parenchyme. Il n'en est pas de même pour les capsules surrénales, qui sont complètement infiltrées. Des sections pratiquées sur les diverses masses musculaires du tronc et des membres font découvrir bon nombre de noyaux mélaniques logés dans le tissu cellulaire, et quelques-uns dans l'épaisseur des corps charnus eux-mêmes.

Dans les yeux, il n'y a absolument rien. A gauche, pourtant, il y a un noyau mélanique gros comme une lentille à la partie inférieure du grand angle de l'œil, sous la conjonctive. Du même côté, il existe un autre petit grain au niveau de l'angle externe, sous la peau. — Rien dans le système nerveux.

Tous les os n'ont pas été sectionnés, mais les recherches ont été suffisantes pour conduire à cette opinion que c'est à peine si le tissu osseux est altéré. C'est ainsi que j'ai pu voir un noyau mélanique assez volumineux à la partie supérieure du canal médullaire du fémur gauche, et quelques petits grains mélaniques disséminés dans le tissu spongieux de la tête du même os.

Après avoir passé en revue les altérations des différents organes, on peut présenter les observations suivantes, relatives au cas qui nous occupe :

La mélanose n'existe pas dans l'appareil de la vision, comme cela arrive ordinairement.

Le tissu osseux est relativement peu altéré. Certains parenchymses comme le foie, la rate, les reins, sont presque indemnes.

Examen histologique, dû à l'extrême obligeance de M. Leloir, qui a bien voulu nous remettre le note suivante :

L'étude du suc noir obtenu par le raclage de la surface de coupe des tumeurs permet de distinguer les éléments suivants : des éléments fusiformes, très allongés, des cellules embryonnaires (de ces éléments les uns ne contiennent pas de pigment, d'autres contiennent quelques grains pigmentaires accumulés en plus ou moins grand nombre autour des noyaux). Un certain nombre des éléments précités sont entièrement infiltrés de matière mélanique, leur noyau lui-même est entièrement masqué et envahi. Dans ce dernier cas, les cellules fibro-plastiques tendent à se déformer, à prendre une forme sphérique, à se transformer en des globes mélaniques sans trace de noyaux ; on trouve tous les passages entre des globes mélaniques et les cellules fibro-plastiques plus ou moins pigmentées. Enfin, on voit dans le liquide un grand nombre de granulations pigmentaires libres affectées de mouvement Brownien.

Des coupes minces sont pratiquées en différents points des tumeurs sous-cutanées, après durcissement préalable, et colorées au picro-carmin. Ces coupes permettent de constater deux aspects différents dans la structure des tumeurs semblables, ou de la même tumeur.

1° En certains points, l'on trouve des îlots ronds, plus ou moins considérables, le plus souvent très considérables, de cellules embryonnaires qui ont refoulé et tassé les fibres du derme ambiant, lesquelles leur forment une sorte de coque et donnent à ces points de la tumeur un aspect alvéolaire. Ces fibres elles-mêmes sont un peu dissociées par des éléments pigmentés peu abondants. Dans plusieurs de ces gros îlots ronds de cellules embryonnaires, un examen attentif permet de distinguer des vestiges de fibres élastiques et du tissu conjonctif du derme dissocié et détruit par l'envahissement néoplasique. Un petit nombre seulement des cellules du néoplasme sont pigmentées ; on rencontre surtout des cellules pigmentaires, au niveau de la périphérie des îlots.

2° La grande majorité des tumeurs, et la plus grande partie de celles-ci sont constituées par un magnifique sarcome fasciculé, à éléments très allongés, dont le quart environ sont pigmentés, et qui dissocient et refoulent les faisceaux du derme. L'épiderme est normal, quoiqu'aminci par places ; les couches profondes sont fortement pigmentées, presque complètement noires. Cette coloration, prononcée surtout dans les couches des cellules perpendiculaires, se rencontre même en certains points dans le stratum lucidum. Dans la couche papillaire, l'on trouve en certains points, loin des foyers des tumeurs mélaniques,

dans des coupes de peau saine en apparence, de petites granulations noires, disposées en séries sous forme de boyaux, et dont le siège et l'arrangement font présumer la propagation du néoplasme par les vaisseaux (sortes d'embolies mélaniques).

Sur des coupes fines de poumon, on constate que les points mélaniques sont constitués par des îlots de sarcome embryonnaire ou fasciculé, fortement pigmentés et entourés d'une sorte de coque fortement pigmentée elle-même.

En somme, cette tumeur mélanique est un sarcome fasciculé contenant par places des îlots de sarcome embryonnaire. »

24. Fracture du crâne par coup de feu. — Traits de fracture sans communication avec les orifices de la balle ; par TUFFIER, interne des hôpitaux.

X... 30 ans, clerc de notaire, se donne volontairement un coup de revolver le 22 février, à 1 heure. Il tombe sur le dos, la respiration persiste quelques minutes. Un emphyseme étendu se manifeste aux paupières des deux côtés. Cet homme est amené mort à l'hôpital.

AUTOPSIE faite 24 heures après l'accident. — Le cadavre est bien conservé, la roideur cadavérique très marquée, il existe un léger écoulement sanguin par la bouche. L'emphyseme palpébral a disparu.

On trouve au niveau de la région temporale droite une plaie circulaire d'environ 7 millimètres de diamètre, au-dessus du pavillon de l'oreille, au niveau de la suture sphéno-temporale.

Le reste du crâne est sain. Dans la région pariétale gauche, au-dessus et à la partie postérieure de la ligne courbe temporale, on sent à travers le cuir chevelu une petite tuméfaction arrondie, irrégulière, sans crépitation. Pas de bosse sanguine à ce niveau. Cette bosse se trouve assez bien sur une ligne droite passant par l'orifice d'entrée du côté opposé, et dirigée de droite à gauche et légèrement de bas en haut et d'avant en arrière.

Le cuir chevelu est sectionné d'une oreille à l'autre. En découvrant le crâne, on trouve un léger épanchement sanguin à droite ; autour de l'orifice d'entrée. — A gauche. une énorme infiltration occupant toute la région temporo-pariétale profonde. En ce point, le projectile est enclavé dans les esquilles de l'orifice de sortie et tombe au moment où on sectionne le péri-crâne. Dans la région occipi-

taille existe également une ecchymose; la balle est aplatie, irrégulière, sa partie postérieure a conservé sa forme et mesure 6 millim. de diamètre.

Les esquilles qui la maintenaient adhéraient au reste du crâne par leur partie périphérique, et leur centre est saillant du côté des téguments.

La substance cérébrale broyée fait hernie à travers l'orifice, qui mesure environ 15 millim. de diamètre et a ses bords taillés en biseau aux dépens de la table externe.

Le crâne est scié circulairement au-dessous des arcades orbitaires et de la protubérance occipitale.

L'orifice de sortie est deux fois plus grand que l'orifice de l'entrée, mais, d'aucun point de ces deux orifices, on ne peut voir partir un trait de fracture et cependant la calotte crânienne présente des solutions de continuité.

En avant, 3 traits de fractures s'irradient de la bosse frontale gauche comme centre. L'un s'étend en arrière jusqu'au milieu du pariétal gauche, où il s'arrête après avoir traversé la suture fronto-pariétale. Les deux autres descendent obliquement en dehors, sur les deux arcades sourcilières qu'elles traversent pour se prolonger sur les lames criblées de l'éthmoïde et de la paroi supérieure de l'orbite et séparer ainsi tout un fragment du frontal, fragment triangulaire, à sommet supérieur, et s'arrêtant en bas à l'étage moyen.

En arrière, existe une longue ligne circulaire passant au-dessus de la protubérance occipitale, mais n'allant pas jusqu'à l'orifice d'entrée.

La dure-mère présente deux orifices à travers lesquels la substance cérébrale fait hernie. Cette membrane incisée, on trouve au-dessous deux énormes caillots occupant l'espace sous-arachnoidien, dans presque toute l'étendue du lobe sphéno-temporal, et fusant jusque dans l'espace sous-arachnoidien spinal.

La pie-mère est infiltrée de sang dans la même région, mais ne présente aucune altération organique.

Le cerveau est volumineux et on y suit facilement le trajet du projectile; commençant à l'extrémité antérieure du lobe sphéno-temporal, empiétant un peu sur la scissure de Sylvius, il passe en avant du lobule de l'insula et des noyaux gris centraux, tombe à la partie antérieure du ventricule latéral, sectionne les pédoncules antérieurs du corps calleux et sa face inférieure, traverse le septum lucidum, les noyaux gris de l'hémisphère gauche et sort vers le milieu de la pariétale ascendante.

L'attrition de la substance cérébrale et l'hémorragie

consécutive permet de suivre ce trajet. A la coupe, le reste du cerveau présente un léger piqueté.

RÉFLEXIONS. — Cette pièce nous paraît intéressante à ce point de vue : les traits de fracture sont indépendants des orifices d'entrée ; si pour la fracture postérieure on peut admettre, comme cause, la chute du malade sur le dos, pour la fracture de l'étage antérieur, il faut bien admettre une étiologie spéciale. C'est un point sur lequel nous ne voulons pas insister,

25. Fracture du crâne. — Perte de substance cérébrale ;
par P. GALLOIS, interne des hôpitaux.

En arrivant au premier janvier dernier dans le service que venait de quitter M. DESPRÉS et que prenait M. Th. ANGER, à l'hôpital Cochin, nous avons trouvé au n° 16 de la salle Saint-Jacques un malade qui présentait deux plaies à la tête, l'une dans la fosse temporale droite, l'autre dans la fosse temporale gauche. Le jour de l'entrée du malade, le 21 décembre 1880, M. Després et son service avaient pu noter sans aucun doute un écoulement de matière cérébrale par la fosse temporale gauche. Ce malade devait donc présenter un double intérêt médical et chirurgical : chirurgical parce qu'il avait une fracture du crâne, médical parce qu'il allait s'agir de localisation cérébrale. Aussi, au lieu de décrire successivement toute l'histoire clinique du malade puis les détails de l'autopsie complète, pensons-nous préférable d'étudier ce malade sous les deux points de vue qu'il présente, et étudier d'abord chez lui tout ce qui a trait à sa fracture, tout ce qui se rapporte à sa perte de substance cérébrale.

Ce malade était allé chercher une place de cuisinier en dehors de Paris. Où ? il n'en sait rien ; il ne peut d'ailleurs dire ce qui s'est passé. Toujours est-il qu'il fut renversé par une voiture et qu'une roue lui passa sur la tête. Il n'aurait pas été immédiatement à l'hôpital, mais seulement deux ou trois jours après.

A Cochin, on diagnostiqua à gauche « une fracture de la base du crâne au niveau de l'orbite et de la fosse temporale, avec plaie, issue de matière cérébrale par la plaie, fracture du maxillaire supérieur et de l'apophyse zygomatique, soupçon de fracture du col du condyle de la mâchoire inférieure. » A droite, il y aurait eu « plaie contuse de la région temporale droite et fracture du maxillaire supérieur. »

Quand nous le vîmes, les deux plaies paraissaient en voie de cicatrisation et le malade semblait en assez bonne voie; cependant, sa température était plus élevée que normalement, le 5 janvier. Le malade ne se plaignait que d'une douleur localisée dans la région temporale droite, au soir elle atteignait 40°, enfin, le 8 janvier, le malade était pris d'un érysipèle qui avait débuté autour de la plaie de la fosse temporale droite.

L'érysipèle dura une quinzaine de jours; diminua progressivement après avoir envahi la face et le cuir chevelu, mais sans avoir atteint le cou, ni le tronc.

Après cela, le malade ne fit que s'affaiblir d'une façon encore assez lente et avec quelques alternatives de retour à la santé qui purent laisser quelque espoir de le sauver. Mais, le 3 février, il commença à aller sous lui.

Bientôt, le 12 et le 14 février, il fut pris de violents frissons qui marquèrent le début de l'infection purulente, la température monta, le malade maigrit, perdit l'appétit, prit cette teinte jaune terreuse de la pyohémie, présenta des fúlginosités, prit une eschare au sacrum le 20 février et mourait dans la nuit du 21 au 22.

AUTOPSIE. — Elle ne put être faite que le 24 au matin, à cause des retards nécessités par l'enquête judiciaire. Comme preuve de son infection purulente, on trouvait la surface de ses poumons parsemée de petits foyers métastatiques. Aucun autre organe n'en présentait, pas même le foie, qui en est généralement atteint dans les plaies de tête.

Du côté du *crâne*, à droite, le frontal était dénudé et présentait un grand nombre d'orifices infiltrés de pus. On trouvait à la face interne un grand abcès entre les os du crâne et la dure-mère. Cet abcès était formé de pus grumeleux presque solide, adhérent à l'os, ayant une forme elliptique; le grand axe, d'une longueur de 10 centimètres environ, se dirigeait de la fosse cérébrale supérieure vers le sommet de l'écaille de l'occipital; son petit axe avait six centimètres à peu près.

La dure-mère pouvait se détacher du cerveau auquel elle n'adhérait qu'au niveau du lobe frontal gauche, aux dépens duquel s'était faite la perte de substance.

La pie-mère était infiltrée de pus, au niveau de la face du cerveau surtout, et un peu sur le reste de la convexité.

Si l'on examine la base du crâne, on voit que la boîte osseuse s'est trouvée prise entre deux faces de direction contraire, appliquées l'une sur la fosse temporale droite, l'autre sur la fosse temporale gauche. Il s'est fait une sorte d'écrasement transversal duquel sont résultés différents traits de

fracture, que nous pouvons grouper en deux catégories d'après le mécanisme de leur production.

Les uns, plus importants, se sont faits dans une plaie transversale et résultent du glissement des régions où s'appliquaient les forces sur les portions osseuses qui n'étaient soumises à aucune pression. Les autres sont antéro-postérieurs et relient les précédents.

Les fragments détachés par les traits précédents ont été soumis à un mouvement de charnière autour d'un axe antéro-postérieur, suivant lequel s'est fait le trait de fracture du second groupe.

Quels sont les trajets de ces différents traits ?

Le plus considérable des traits transversaux serpente autour des apophyses d'Ingrasias, passe par les deux trous optiques, et intéresse tantôt la surface horizontale de l'étage supérieur, tantôt la partie verticale de l'étage moyen. Ses deux extrémités se prolongent sur la voûte, à droite, ce prolongement vertical est court, n'a que trois centimètres; à gauche, il est beaucoup plus long et remonte obliquement en arrière jusque vers la partie moyenne de la suture sagittale.

Le second trait de fracture transversale est situé exclusivement dans l'étage supérieur gauche seulement. Il a détaché la paroi supérieure de l'orbite de la partie verticale du frontal. En dedans, il s'arrête au niveau des orifices les plus antérieurs de la lame criblée de l'ethmoïde. En dehors, il se prolonge par un premier trait vertical descendant sur la paroi extérieure de l'orbite, à un centimètre et demi du bord de l'orbite; un second monte obliquement en arrière et rejoint le trait de fracture de la voûte que nous avons déjà mentionné.

Nos deux traits transversaux se continuent inférieurement à travers les os de la face, le maxillaire, par exemple, où l'on n'a pu les suivre, l'arcade zygomatique présentait deux traits de fractures verticaux, situés sur les prolongements des plans des deux traits transversaux que nous avons signalés.

Comme on le voit, l'orbite gauche se trouvait ainsi presque complètement séparé de la base du crâne; la face continuant son action tendait à l'écraser contre la paroi osseuse des fosses nasales, de cet écrasement résultent les traits de fractures antéro-postérieurs produits par le mouvement de charnière.

Ces traits antéro-postérieurs sont aussi au nombre de deux. L'un suit la lame criblée de l'ethmoïde, à gauche de la ligne médiane; l'autre traverse la paroi supérieure de

l'orbite; l'un et l'autre s'étendent d'un des traits de fracture transversaux à l'autre.

La paroi supérieure de l'orbite ainsi complètement détachée s'était portée en dedans et en haut, son fragment externe horizontal était à un niveau plus élevé que la paroi supérieure de l'orbite droite, qu'elle dépassait d'un centimètre environ.

Par suite de ce déplacement, la partie externe du grand trait de fracture transversal présentait un écartement atteignant cinq millimètres, et dans lequel se trouvaient encore des fragments de substance cérébrale.

RÉFLEXIONS. — Il nous reste à mentionner ce qui a trait à la question des localisations cérébrales. Disons immédiatement qu'à l'autopsie on trouva du côté gauche un ramollissement de la partie antérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales externes, et de la circonvolution la plus externe de la face inférieure du lobe frontal.

La partie antérieure du lobe sphénoïdal présentait également un point ramolli, mais moins considérable.

En somme, la lésion ne siégeait dans aucun centre moteur ou sensitif reconnu, et n'atteignait pas la zone de l'aphasie.

Les phénomènes présentés par le malade pendant sa vie étaient tels qu'on pouvait le prévoir. L'intelligence était particulièrement atteinte, le malade pouvait causer, comprenait assez bien, mais il rappelait assez les vieillards ramollis. Tant qu'il lui fut possible de se lever, il se promenait dans la salle, urinait dans les coins et ne paraissait pas se rendre grand compte de l'endroit où il se trouvait.

Il n'avait présenté aucune perte localisée des mouvements, mais un simple affaissement généralisé. La sensibilité tactile était conservée, le malade sentait le contact, le pincement, la piqure, le froid et le chaud, cependant, la sensation de froid était plus marquée à gauche qu'à droite.

Comme sensibilités spéciales, l'ouïe était diminuée, mais plus à gauche qu'à droite. Au goût, le malade reconnaissait l'aloès à condition de faire des mouvements de déglutition, il ne pouvait reconnaître le sucre. Le malade pouvait respirer par les narines des vapeurs d'eau de Cologne sans rien percevoir. La vue était obtuse, le malade pouvait compter des doigts mais ne pouvait lire. La pupille gauche était dilatée,

l'œil de ce côté paraissait avoir une acuité un peu moindre.

En somme, connaissant la difficulté qu'il y a à se rendre compte des sensations d'un malade qui répond mal, on peut se demander si les troubles de son intelligence n'expliquaient pas ces troubles dans les sensations, peut-être était-ce plutôt la conscience de la sensation que la réception de celle-ci qui se trouvait diminuée.

Disons que cette recherche de l'état des sensations fut faite le 6 janvier, avant que le malade ait présenté l'affaiblissement qui succéda à son érysipèle et à l'infection purulente, et qu'ainsi aucun élément étranger ne vint embrouiller la question.

26. Fracture de la voûte du crâne. — Délirium tremens ;
par CAYLA, interne provisoire.

Letore Jules, 50 ans, né à Châtillon, (Indre), maréchal-ferrant ; ce malade est entré le 22 février à l'hôpital Cochin (annexes), service du D^r Robert MOUTARD-MARTIN.

Le malade est vu à 4 heures, il est très agité, la face vultueuse, les yeux hagards, il marmotte des mots inarticulés. On ne peut obtenir aucune réponse. Les accidents auraient commencé la veille, à la suite d'excès de boisson.

Le corps est inondé de sueur, à 4 heures ce malade accuse au thermomètre 40°,5. Les membres sont roidis, les yeux chassieux, le malade est dans un état demi-comateux. Le pouls est faible, les battements du cœur très précipités, la respiration stertoreuse. Le malade meurt à 11 heures du soir.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Ecchymoses sur différentes régions du corps, notamment à la face externe du bras gauche, à la partie moyenne et au niveau de la rotule gauche.

Crâne. A l'incision du cuir chevelu, on découvre une infiltration sanguine qui comprend toute la région postérieure du crâne et la région fronto-pariétale gauche. Le crâne présente une fissure qui parcourt toute la voûte, depuis la région pariétale droite jusqu'à la protubérance occipitale. En aucun point, on ne remarque d'enfoncement de la voûte osseuse. L'os enlevé, on met à découvert des foyers sanguins situés entre la dure-mère et l'os, ces foyers occupent la région droite du crâne, et la fosse occipitale du même côté.

La dure-mère incisée, la pie-mère présente une vascularisation énorme, accusée surtout au niveau des parties antérieures et du lobe occipital.

Mais, c'est surtout la substance cérébrale qui présente les lésions les plus intéressantes. On remarque en effet à gauche, au niveau de la partie moyenne de la scissure inter-hémisphérique et contre cette scissure, un piqueté de la substance corticale d'un centimètre d'étendue; à ce niveau, la substance est ramollie.

Face inférieure. Congestion de la pie-mère; sur divers points de la base, on remarque un piqueté sanguin. Au-devant de la scissure de Sylvius gauche, un foyer de ramollissement rouge dans lequel le doigt peut pénétrer. On remarque également sur le lobe occipital un piqueté rouge cendré, étendue de 5 centimètres sur 3 centimètres de largeur. Les ventricules sont dilatés, comme éclatés, on ne remarque pas de piqueté hémorragique dans leur cavité. A la coupe, le cerveau ne présente aucune lésion.

Cœur gros et flasque, l'orifice tricuspide dilaté, mesure 14 cent.; le pulmonaire 9 cent. Quelques plaques d'athérome sur la paroi de l'aorte. — Le foie est gras, lisse, un peu volumineux. — Les reins sont congestionnés.

27. Esthiomène de la vulve forme (tuberculo-ulcéreuse);
par CAYLA, interne provisoire.

Dubreuil Madeleine, 42 ans, couturière, née à Villers (Creuse), entre le 16 février 1881 à l'hôpital Cochin (annexes), dans le service de M. le D^r Robert MOUTARD-MARTIN.

Antécédents, père mort d'accident; mère morte à 47 ans.

La malade a encore un frère et une sœur qui ont toujours eu une bonne santé. Etant enfant, la malade aurait eu des abcès ganglionnaires du cou et de l'eczéma. Une seule couche à l'âge de 25 ans. L'enfant est mort à 17 mois d'une tumeur blanche du genou.

La santé de la malade a été satisfaisante jusqu'au mois de janvier 1870. C'est à cette époque que la malade fait remonter le début de l'affection pour laquelle elle entre aujourd'hui à l'hôpital. A cette époque, en effet, elle aurait commencé à maigrir, à perdre ses forces; à ce moment là, elle toussait très peu et n'a jamais eu d'hémoptysies. Ses forces ont décliné peu à peu, jusqu'au mois de janvier 1880. Ce sont les seuls renseignements que nous avons pu recueillir de sa sœur, la malade ayant soigneusement caché son affection de la vulve, et ayant constamment refusé de se faire examiner.

Au mois de janvier 1880, elle a été prise d'une diarrhée qui a persisté jusqu'au jour où elle est entrée à l'hôpital.

Les forces ont alors rapidement baissé, l'appétit était nul,

la malade ne se soutenait qu'avec du laitage et des bouillons. Elle s'est mise à tousser, l'amaigrissement a été très rapide, sueurs nocturnes, diarrhée.

A son entrée à l'hôpital, la malade se présente dans l'état suivant : la face est pâle, amaigrie, terreuse, la consommation est extrême ; elle présente tous les caractères d'une personne arrivée à la dernière période d'une phthisie pulmonaire, dont on constate du reste les signes physiques. Excavations aux deux sommets.

La malade meurt le lendemain de son entrée. On n'a pu obtenir aucun renseignement sur l'affection qu'elle présentait aux organes génitaux externes.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Les poumons présentent les lésions de la tuberculose à la troisième période. Cavernes aux deux sommets, ramollissement, infiltration tuberculeuse à la périphérie et à la base. Les autres organes thoraciques et abdominaux ne présentent pas de lésions.

Organes génito-urinaires. La vulve présente une tuméfaction considérable, accusée surtout sur les grandes lèvres. A côté de tubercules indurés, on trouve des surfaces ulcérées, principalement à la face interne de la grande lèvre gauche.

L'anus et le vagin forment un cloaque dans lequel on aperçoit, à côté de végétations violacées, des dépressions donnant à toutes les surfaces un aspect impossible à décrire. Une bride qui présente à la vue et au toucher les caractères du tissu malade environnant, est étendue entre les deux régions fessières et sépare le rectum du vagin. La lésion a envahi les petites lèvres et le vagin dans une petite étendue. L'utérus est sain.

À l'examen microscopique, les tubercules présentent tous les caractères du lupus ; infiltration du tissu conjonctif par les éléments embryonnaires.

28. Fracture sous trochantérienne du fémur. — Mort par embolie pulmonaire au 70^e jour ; par E. BOULEY, interne des hôpitaux.

Le nommé Binet Joseph, 63 ans, journalier, entré le 31 novembre 1880, salle Saint-Christophe, lit n° 5 (hôpital Saint-Antoine).

La fracture sous-trochantérienne du fémur droit a été produite par cause directe, par un tamponnement. Elle a été traitée par un plan incliné pendant cinq semaines, puis par un appareil à extension continue (boîte de Leroy) pendant trois semaines.

Ce dernier appareil a été assez mal toléré par le malade, qui a accusé, pendant son application, une douleur assez persistante au pli de l'aîne, au niveau du point d'application de la courroie. Cependant, l'état général est resté toujours très bon. On n'observait qu'un gonflement et un œdème léger du membre, au-dessous des bandelettes de diachylon placées pour faire étrier.

Le 1^{er} février, levée de l'appareil. — *Etat du membre.* Cal un peu volumineux paraissant assez solide. Raccourcissement de 3 centimètres.

Augmentation de volume de tout le membre, paraissant produit surtout par l'épaississement de la peau.

Un peu d'épanchement dans l'articulation du genou, du côté du membre fracturé. Légère hypertrophie de la rotule. Les mouvements de flexion du genou sont limités et douloureux. Un peu de raideur également de l'articulation tibio-tarsienne; le malade éprouve à ce niveau une sensation de resserrement.

Après la levée de l'appareil, à partir du 1^{er} février, le malade a commencé à se frictionner et à faire quelques mouvements. Le 6 février, sans aucune cause connue, au moment où il était assis sur son lit, il a été pris, tout à coup, d'un étourdissement et d'une perte de connaissance qui a persisté pendant 10 minutes. Pendant l'attaque, aucun mouvement convulsif; pas de gêne bien marquée de la respiration. Un peu de malaise le lendemain, puis, tout s'était rapidement dissipé, si bien que le 8, deux jours après, il sortait dans la cour et se promenait pendant longtemps.

Le lendemain, au matin, il appelait le garçon pour changer son urinal, et ce dernier, en revenant, le trouvait mort dans son lit.

AUTOPSIE, pratiquée 30 heures après la mort. — *Le trait de la fracture* passe sur le grand trochanter, à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes, puis descend obliquement en bas et en dedans pour venir aboutir à 4 centimètres en dessous du petit trochanter, laissant ainsi complètement intacte toute la portion interne du fémur, qui ne présente aucune solution de continuité.

Le fragment supérieur a basculé un peu au dehors. Au niveau de l'extrémité inférieure du trait de fracture, les deux fragments qui se sont abandonnés, sont rattachés l'un à l'autre par une espèce de pont, de demi-collerette de substance osseuse de nouvelle formation, molle et spon-

gieuse. En haut, les deux fragments sont bien imbriqués l'un dans l'autre, et il n'existe pas de déplacement.

On ne peut imprimer aucun mouvement aux fragments. Cependant, après une coupe longitudinale, on voit que la consolidation est loin d'être parfaite. Entre les deux fragments, paraît interposée une substance d'un blanc jaunâtre, demi-molle, élastique, que le microscope démontre être du tissu fibreux. On peut imprimer de légers mouvements au fragment inférieur.

Aux environs de la fracture, les *muscles* paraissent atrophiés et offrent une teinte jaunâtre; le tissu cellulaire est épaissi et lardacé.

Dans le *genou*, on trouve un léger épanchement constitué par un liquide séreux. Une exulcération, du volume d'une pièce de 20 centimes, au milieu de la portion cartilagineuse du condyle interne. La *synoviale* est rouge et injectée au niveau de ses franges. En avant des ligaments croisés existent quelques brides fibreuses, blanchâtres, s'étendant de la partie intercondylienne du fémur au plateau du tibia, en avant de l'épine. Ces brides très résistantes limitent d'une façon manifeste les mouvements de flexion de l'articulation.

La *synoviale* de l'*articulation coxo-fémorale* présente également de la rougeur et de la vascularisation au niveau de ses franges, mais beaucoup moins prononcée. Pas trace d'ostéite dans la diaphyse du fémur.

Embolie. L'*embolus* qui a causé la mort se trouve à l'origine de la branche droite de l'artère pulmonaire, qu'il obstrue à peu près complètement. Il est conique, légèrement aplati, long de 2 centimètres et large de 4 à 5 millimètres. Sa petite extrémité est tournée vers le cœur, et sa grosse portion renflée regarde le poumon. Il est blanchâtre, assez dur, d'une consistance et d'un aspect fibrineux. Sa portion renflée est recouverte par un petit caillot de sang cruorique.

Dans l'*oreillette droite*, on trouve également un *embolus* de même longueur, tubulé et légèrement aplati, un peu effilé à une de ses extrémités et présentant une bifurcation à l'autre extrémité. Ces deux *embolus*, qui s'adaptent parfaitement l'un à l'autre, semblent faire partie d'un même caillot primitif. Le microscope démontre qu'ils sont formés d'un *réticulum fibrineux* très fin, avec une infiltration considérable de globules blancs et de granulations.

Le *cœur* n'offre aucune altération appréciable ni de sa partie musculaire, ni de ses valvules. Le *poumon droit* est congestionné, surtout à la base. *Reins*, *foie* également

durs et congestionnés. Nous n'avons recherché l'origine de l'embolus que dans la veine fémorale et ses veines afférentes, qui ne présentaient aucune altération.

29. Fracture intercondylienne du fémur; par E. BOULEY, interne des hôpitaux.

Le malade, porteur de cette fracture, était un homme de 45 ans, tombé d'un 5^me étage, et qui est mort presque dès son entrée à l'hôpital St-Antoine avec des fractures multiples (fractures du crâne, de la jambe, des côtes, écrasement du calcanéum....)

La fracture intercondylienne siège sur le fémur droit. — Il existe deux traits de fracture, l'un transversal et l'autre vertical, se rejoignant et disposés comme les deux branches d'un T. Le transversal coupe l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, et est plutôt très légèrement oblique en bas et en dehors. Le vertical passe exactement au milieu de la portion intercondylienne et sépare les deux condyles. Le condyle interne est terminé par une longue épine osseuse, triangulaire, longue de 5 centimètres et détaché de la face interne du fémur.

Il existe un broiement considérable de la portion spongieuse, qui est réduite en bouillie et qui présente une multitude de petites esquilles. Cette bouillie enlevée, il existe entre les fragments une cavité centrale, ouverte à l'extérieur par deux orifices, l'un antérieur, l'autre postérieur, au niveau desquels les fragments restent éloignés. Ces orifices sont fermés assez exactement par deux petits fragments osseux de substance compacte, deux petits opercules, détachés par éclatement des parties correspondantes du fémur et adhérentes au périoste. Ce dernier est décollé sur plusieurs points, et notamment à la partie postérieure, au niveau des branches de bifurcation de la ligne âpre. Le décollement remonte en ce point à plus de 5 centimètres.

30. Note sur le rôle que jouent les lésions segmentaires dans l'évolution de la névrite parenchymateuse; par le D^r GOMBAULT.

On sait qu'il se produit dans les nerfs périphériques, sous l'influence de causes très variées, des lésions irritatives ayant pour théâtre le tube nerveux lui-même et plus spécialement les parties situées à l'intérieur de la gaine de Schwann. Ces lésions caractérisent la névrite parenchymateuse, prise

au sens que M. Charcot (1) a attribué à cette dénomination. L'un des cas particuliers de cette névrite, celle qui survient dans l'extrémité périphérique d'un nerf, consécutivement à la section de ce nerf, a servi pour ainsi dire de prototype à la description anatomique des névrites parenchymateuses en général. Les caractères de cette lésion que, pour abréger, je désignerai sous le nom de dégénération Wallérienne, peuvent être résumés dans les deux propositions fondamentales suivantes : 1° Sur une même fibre, la lésion est uniforme, depuis le point sectionné jusqu'à la terminaison périphérique de la fibre ; 2° Le cylindre d'axe, rapidement interrompu dans sa continuité sur une foule de points, ne tarde pas à disparaître complètement. J'ai cherché à montrer, dans un travail récent (2), que, dans certaines affections à évolution subaiguë ou chronique, à côté de cette lésion, on en rencontrait une autre, qui en diffère par les caractères suivants : 1° Elle est discontinue et porte sur un certain nombre de segments interannulaires en respectant ceux qui sont situés dans leurs intervalles ; 2° Le cylindre d'axe, aussi bien au niveau des points malades qu'au niveau des parties saines, est partout conservé.

Je me propose aujourd'hui de montrer que, lorsque la névrite se développe pendant le cours de certaines maladies aiguës, cette même lésion segmentaire se retrouve avec des caractères identiques.

Je mets sous les yeux de la Société des dessins ayant trait à deux cas de ce genre (3). Dans l'un, il s'agit d'une affection qui, cliniquement, a évolué sous la forme d'une paralysie ascendante aiguë, dans l'autre, il s'agit d'une paralysie diphthéritique. Dans l'un et l'autre cas, on rencontre sur les préparations des exemples évidents de la lésion que j'ai mentionnée plus haut. C'est-à-dire qu'on peut voir des fibres qui ne sont atteintes que sur une étendue limitée de leur trajet, et, qu'au niveau des points affectés, le cylindre d'axe est conservé. Quant à la dégénération Wallérienne, si elle est abondamment représentée dans les préparations qui appartiennent au premier cas, elle est au contraire rare, son existence est même problématique dans le second. (4).

(1) Cours de la Faculté, 1874.

(2) *Arch. de Neurologie*, n° 1 et 2.

(3) La première de ces pièces m'a été confiée par M. le Dr Proust, la seconde par M. le Dr de Cadet de Gassicourt.

(4) M. Gaucher a observé également, dans un cas de paralysie diphthéritique, la disparition de la gaine de myéline et la multiplication des noyaux avec conservation du cylindre d'axe. *Journal de l'Anatomie*, 1881. n° 1.

Ainsi donc, la présence d'une lésion autre que la dégénération Wallérienne, dans la plupart des névrites parenchymateuses jusqu'ici étudiées, me paraît devoir être considérée comme un fait acquis. J'ai cherché à montrer ailleurs que la dénomination de névrite était applicable à cette lésion, et qu'il s'agissait bien là d'un processus irritatif caractérisé par le bourgeonnement du protoplasma et la prolifération des noyaux à l'intérieur de la gaine de Schwann. J'ai cherché à montrer également, que cette névrite segmentaire périaxile pouvait avoir deux terminaisons; tantôt la restauration des portions de fibre altérées par la formation d'une nouvelle gaine de myéline; tantôt, au contraire, la dégénération Wallérienne par le fait de la destruction du cylindre d'axe, au niveau de l'un des segments affectés.

Cette lésion me semble jouer un rôle important dans l'évolution de la névrite en général, et, d'autre part, son existence me paraît de nature à jeter quelque lumière sur certaines questions restées jusqu'ici assez obscures. Il est impossible, en effet, de ne pas être frappé des difficultés qu'on rencontre lorsqu'on cherche à adapter aux faits de la pathologie les notions si complètes et si précises, cependant, que nous possédons à l'heure actuelle à propos de la dégénération Wallérienne. Qu'est-ce, en effet, que cette dégénération? C'est un processus aigu, à évolution rapide, aboutissant fatalement et dans un court délai à la destruction de la fibre nerveuse, et dont la condition nécessaire et suffisante est la séparation de la fibre d'avec ses centres nourriciers. Voyons si ces notions peuvent être utilisées, lorsqu'on envisage la névrite parenchymateuse dans les différentes circonstances où on la voit se produire.

Dans les maladies chroniques de la moelle épinière, où la destruction des cellules nerveuses des cornes antérieures se fait d'habitude lentement et d'une façon progressive, comment comprendre que cette lésion chronique de l'élément ganglionnaire produise dans la fibre une lésion à évolution rapide? Si celle-ci ne commence dans le nerf qu'après la destruction complète de la cellule, il est difficile d'expliquer la régénération de tubes nerveux, dont la possibilité est en général admise dans ces cas; si, d'autre part, le tube dégénère avant que la cellule n'ait atteint le dernier degré de l'atrophie, en quel point s'effectue la section du cylindre d'axe, condition nécessaire de la dégénération de la fibre, à quel moment survient-elle et par quel mécanisme? Voilà autant de questions dont la solution paraît bien difficile à l'aide des seules notions fournies par l'étude de la dégénération Wallérienne. Le problème se présente sous un autre

aspect, lorsqu'il s'agit des cas aigus. Ici, la destruction rapide des éléments ganglionnaire se trouve réalisée dans quelques circonstances; ainsi, dans la paralysie infantile, et l'interprétation des faits devient alors relativement aisée. Mais, il n'en va plus de même pour d'autres affections, où, du côté de la substance grise, les éléments ganglionnaires plus ou moins altérés n'ont pas été détruits. De ce chef, les difficultés que nous avons signalées tout à l'heure reparaisent. D'autre part, l'absence de retentissement sur la nutrition des muscles, si ce n'est à titre d'exception, la mobilité de la paralysie, son peu d'intensité dans certaines circonstances, la restauration rapide et complète du mouvement dans un grand nombre de cas, sont peu en rapport avec l'idée d'une lésion aussi profonde que la dégénération Wallérienne, qui ne peut être réparée que par un travail de régénération demandant pour s'effectuer un temps considérable (1).

Si, maintenant, on envisage les cas où la lésion porte primitivement sur les nerfs périphériques (2), comment comprendre la dégénération Wallérienne se développant d'emblée sur une fibre nerveuse qui a conservé ses rapports avec une cellule nerveuse inaltérée? Il faut nécessairement, ici, admettre une lésion intermédiaire, préparatoire en quelque sorte, et cette lésion est tellement nécessaire que, si l'examen anatomique ne permettait pas de la constater, on serait obligé d'en supposer l'existence. Il est bien vrai qu'on pourrait la concevoir autrement constituée que celle que j'ai signalée, mais il est naturel de s'en tenir, pour le moment, au fait constaté, jusqu'au jour où des observations nouvelles auront fait connaître, d'une façon positive, l'existence d'un processus différent.

Jedirai, pour me résumer, que la dégénération Wallérienne

(1) Que les lésions des nerfs périphériques soient, dans ces cas, primitives ou consécutives à une altération de la substance grise de la moelle épinière, qu'elles soient constantes ou non, questions qui sont encore en discussion, il n'en est pas moins certain qu'on les a fréquemment rencontrées, et, que, lorsqu'elles existent, il est impossible qu'elles n'aient pas une influence sur les phénomènes de paralysie et sur la nutrition des muscles.

(2) L'existence d'une névrite primitive indépendante de toute lésion spinale a été établie par M. Joffroy (*Arch. de Phys.* 1879, n° 2). — M. Déjerine l'a également constaté dans la paralysie ascendante aiguë. *Th. de Paris*, 1878. — Dans un cas de paralysie diphthérique, M. Gaucher mentionne aussi l'existence de lésions des racines antérieures spinales coïncidant avec l'intégrité complète du tissu de la moelle, *Journal de l'anatomie*, 1881, n° 1.

avec son évolution fatale et nécessaire, ne se prête pas à ces différences en plus ou en moins dans la qualité de la lésion nécessaires à une conception quelque peu satisfaisante de la physiologie pathologique de la névrite parenchymateuse ; et que, dès lors, la constatation d'un processus à cadre moins rigide me paraît de nature à faciliter, dans une certaine mesure, l'interprétation des faits observés. Or, celui dont j'ai plus haut signalé l'existence répond à quelques-unes tout au moins des questions qui ont été posées. Superficiel et respectant le cylindre d'axe dans certains cas ; dans d'autres l'intéressant à des degrés divers comme l'indique le gonflement plus ou moins considérable que présente cet élément ; permettant, lorsqu'il s'arrête, la restauration rapide de la fibre ; aboutissant, lorsqu'il progresse, à la destruction du cylindre de l'axe et comme conséquence de la dégénération Wallérienne ; ce processus semble s'adapter d'une façon satisfaisante aux exigences diverses de l'évolution clinique, puisqu'il permet de comprendre la lésion des nerfs périphériques dans les cas où la paralysie est légère et fugace, aussi bien que dans ceux où elle est définitive et s'accompagne de troubles profonds dans la nutrition des muscles.

Des modifications analogues à celles que j'ai signalées dans les nerfs au cours de certaines maladies ont été rencontrées par différents observateurs (1) dans les nerfs normaux, et considérées comme étant liées soit au développement soit à l'accroissement des fibres nerveuses, de telle sorte que, pris en lui-même, le phénomène de dégénération et de restauration segmentaires peut être considéré comme étant d'ordre physiologique. Est-ce à dire, cependant, qu'on doive l'envisager comme tel dans les cas particuliers où j'ai mentionné son existence ? Je ne le pense pas. Il est à peine besoin de rappeler que la vie pathologique n'a pour ainsi dire pas de procédé qui lui appartienne en propre, qu'elle les emprunte tous à la vie normale, et qu'il suffit qu'un acte physiologique s'exagère pour qu'un véritable état morbide se trouve bientôt créé. Il y a ici une question de quantité et une question d'évolution ultérieure dont il est absolument nécessaire de tenir compte. Tel, le phénomène physiologique de la diapédèse des globules blancs aboutit, s'il s'exagère, à la suppuration qui est un fait d'un tout autre ordre. De

(1) Ranvier. *Anatomie du système nerveux*. — Sigmund Mayer. *Académie Royale de Vienne*, X^{ème} 1879, où on ne trouve du reste que le titre de la communication préliminaire. — Renaut. *Arch. de Physiol.* 1881. n° 2.

même, ici, le processus d'accroissement des nerfs dépasse les limites de l'état physiologique par le grand nombre des fibres qu'il atteint à la fois, non moins que par son intensité locale et les accidents ultérieurs dont il est le point de départ. Il est, au contraire, intéressant de constater que les nerfs rentrent ainsi, en quelque sorte, dans la loi commune à beaucoup de tissus ; les irritations qu'ils subissent, transmises par le cylindre d'axe, ou agissant de dehors en dedans, s'y traduiraient par une sorte de retour en arrière, qui, de l'état adulte et parfait, les ramènerait à une phase moins avancée de leur développement physiologique.

N'est-il pas permis, dès lors, de se demander si l'accroissement des nerfs, toutes les fois qu'il devient très actif, quelle que soit d'ailleurs la cause qui provoque cette suractivité, ne constitue pas une sorte d'intermédiaire entre l'état normal et l'état morbide, une circonstance éminemment favorable au développement de certaines paralysies ; c'est là une hypothèse qui pourrait, je crois, servir de point de départ à des recherches utiles s'appliquant non seulement aux paralysies qui se lient à la croissance, mais aussi à celles qui surviennent dans la convalescence des maladies aiguës et surtout des maladies dites infectieuses. On est d'autant plus autorisé à poser la question, que l'existence de la névrite segmentaire peut être considérée comme démontrée dans l'une de ces paralysies, celle qui succède à la diphthérie. D'autre part, il n'est pas très rare, ainsi qu'on le sait, et la fièvre typhoïde en fournit des exemples, de voir se produire dans la convalescence de ces affections, surtout lorsqu'elles surviennent chez les adolescents, des phénomènes d'accroissement exagéré se traduisant par une augmentation insolite de la taille. A cet accroissement, les nerfs doivent concourir pour leur part, et il est présumable, qu'à ce moment, ils sont le théâtre de modifications analogues à celles qui ont été mentionnées plus haut.

Que se passe-t-il du côté des nerfs dans la majorité des cas ? Existe-t-il du côté des nerfs des modifications analogues à celles qu'on a mentionnées dans les muscles, en pareille circonstance ? C'est ce que des recherches entreprises à cet effet pourront seules nous apprendre, mais, il est très remarquable de voir que c'est précisément à la période de la maladie où se produit quelquefois l'augmentation de la taille, c'est-à-dire au moment où le travail nutritif se rétablit et souvent s'exagère, que l'on voit survenir des paralysies ayant une allure spéciale. N'est-il pas dès lors permis de se demander si les accidents observés ne

relèvent pas ici et là d'un même processus, restant dans un cas dans les limites de l'état physiologique, mais créant en quelque sorte l'opportunité morbide, dans l'autre, ayant franchi les limites. Il va sans dire qu'en l'absence de données positives, il ne peut s'agir ici que de simples hypothèses, d'une sorte de programme à remplir à l'aide d'observations ultérieures.

M. DÉJERINE avait vu ces lésions, mais il les avait prises pour le résultat du tiraillement pendant la dissociation.

31. Cas probable de tuberculose bronchique. — Les tubercules ayant attaqué les artères qui accompagnent les bronches, cette invasion aurait amené la destruction du tissu des bronchioles et des vésicules pulmonaires; par DUTERTRE, interne des hôpitaux.

La nommée Bodmer Jeanne, âgée de 35 ans, journalière, est entrée le 12 janvier à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le professeur HAYEM. Antécédents héréditaires nuls. Père et mère bien portants; a eu un enfant mort à la suite des privations subies pendant le siège de Paris.

Bronchite presque tous les hivers, toujours très mal réglée depuis l'âge de 15 ans, tantôt les règles durent presque 15 jours, tantôt elles font défaut pendant plusieurs mois. Depuis quelque temps, la malade qui commet des excès alcooliques voit ses forces diminuer et son corps maigrir.

L'affection actuelle a débuté il y a huit jours par des frissons multiples qui durèrent environ quatre heures, par de la céphalalgie, de la courbature, de l'anorexie, par une toux fréquente qui, d'abord sèche, fut bientôt suivie d'une expectoration visqueuse aérée, avec des stries sanguinolentes. En même temps, la malade se plaignait d'un point très douloureux siégeant à la base du thorax, à droite, de dyspnée, de sueurs nocturnes, d'insomnie et de diarrhée. La fièvre était assez vive.

A son entrée, cette fièvre persiste encore. La face est vultueuse, et cette rougeur est plus prononcée sur la pommette gauche que sur la droite. Les yeux sont fatigués. La céphalalgie a disparu, mais la toux demeure fréquente, quinteuse; elle exagère encore la douleur de la base du thorax. L'expectoration est verdâtre, avec des stries rouges, elle est aérée et visqueuse. A la percussion, en arrière, légère submatité à la base et au sommet, plus prononcée à droite qu'à gauche. A l'auscultation, râles muqueux à la base; râles sibilants dans toute la poitrine, en arrière. Rien

en avant. Traitement. Badigeonnage à la teinture d'iode. Vésicatoire.

15 janvier. On constate une expiration rude et prolongée au sommet droit, avec submatité en arrière. En avant, à droite et à gauche, quelques petits râles muqueux. Un vomitif (ipéca 1 gr. 50, tartre stibié 0,05), ne donne pas de résultats appréciables, même toux, même expectoration visqueuse, aérée et parfois sanguinolente. Emplâtre de thapsia.

18 janvier. Râles muqueux à la base, en arrière et à droite. Mêmes phénomènes au sommet. Selles régulières et normales. Vomitif : 1 gr. 50, ipéca. Julep diacode avec kermès, 0,20.

24 janvier. Langue très salée, amère, diarrhée. Vomitif (1 gr. 50 ipéca).

25 janvier. A la percussion, les deux sommets sont douloureux, un peu d'hyperesthésie générale. Matité surtout à droite. En arrière, respiration voilée aux sommets. Sibilance dans les deux poumons. Râles sous-crépitants à la base du poumon droit. En avant, rien. Expectoration visqueuse, rouillée.

29 janvier. Sueurs presque continues. Insomnie persistante, toux très fréquente.

1^{er} février. La malade accuse des douleurs dans les mains, qui sont très amaigries. Expectoration visqueuse, toux érucante. Appétit nul ; diarrhée. Bismuth 0,50. Pou-dre de Colombo, 0,25.

4 février. Les lésions semblent s'aggraver, et pouvoir être rapportées à une tuberculose pulmonaire rapide. Le côté gauche de la poitrine, en arrière, n'a que des râles sibilants, mais le côté droit est rempli de râles sous-crépitants. Anorexie, toux fatigante, expectoration visqueuse, verdâtre, un peu fibrineuse.

7 février. La malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, principalement sous l'aisselle ; l'auscultation ne révélant aucun fait nouveau, M. Hayem donne comme cause possible de cette douleur si aiguë, quelque altération ganglionnaire comprimant des troncs nerveux. Injection sous-cutanée de morphine.

8 février. L'injection de morphine n'a pas calmé la douleur, qui semble névralgique.

9 février. Une nouvelle injection de morphine est suivie de vomissement de matières verdâtres, ressemblant à de la bile. La malade attribue ce vomissement à l'injection de morphine.

11 février. La face est tirée, anxieuse, le point de côté

persiste avec la même violence, expectoration visqueuse, pseudo-purulente. Sueurs profuses.

12 février. La langue est sèche, la malade ne mange pas, cependant, elle semble moins abattue. Crachats visqueux, verdâtres, fétides, se plaint toujours de son point de côté. Injection de thébaine 1 centigramme.

13 février. L'état de la malade s'est aggravé de nouveau, aussi ne fait-on point d'injection de thébaine ; potion avec 50 gr. eau-de-vie et 4 gr. extrait de quinquina. Suppression de bismuth et colombo. Les crachats moins visqueux, moins adhérents sont nummulaires, fétides.

15 février. Crachats très fétides, noirâtres ou du moins vert très foncé. Etat général très mauvais. En avant, des deux côtés, sonorité presque normale, respiration rude, soufflante. En arrière, à gauche, râles crépitants dans presque toute la poitrine, surtout à la fin de l'inspiration ; à droite, submatité à la percussion, râles crépitants et souffle à la base se prolongeant dans l'aisselle. Inappétence. La douleur dans le côté droit du thorax persiste. Injection de morphine avec 20 gouttes acide phénique. La malade n'a pas vu ses règles depuis son entrée à l'hôpital.

16 février. Crachats noirâtres, abondants, d'une fétidité extrême. Il surnage une matière purulente dans le crachoir. L'odeur exhalée par la malade incommoder fortement les malades voisines depuis deux ou trois jours. Faciès abattu, œil égaré. Matité au niveau de l'angle de l'omoplate à gauche. Dans ce point, souffle assez intense. Injection de morphine. Alcool, potion avec 20 gouttes acide phénique.

17 février. Même état ; même fétidité des crachats, l'état général s'aggrave encore, faiblesse extrême, alcool 20 gr.

18 février. La malade très affaiblie, répond à peine aux questions. L'expectoration est peut-être encore plus fétide, la douleur semble diminuer, mais la malade meurt vers 4 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE, pratiquée le 20 à 11 heures du matin. — Malgré l'amaigrissement considérable de la malade, couche assez épaisse de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Plèvre droite. La plèvre droite contient un peu de pus, qui provient peut-être de la rupture de la caverne qui se trouve à la base du poumon droit, rupture due aux adhérences de la plèvre et opérée au moment où l'on enlève le poumon, la plèvre pariétale semble en effet peu altérée. Fausses membranes dont quelques-unes sont plus épaisses, surtout au voisinage de la 8^e côte. Adhérence unissant la plèvre diaphragmatique à la base du poumon droit, péri-

hépatite, d'où également adhérence du foie au diaphragme

Pèvre gauche. Rien de particulier, quelques petites adhérences plus ou moins anciennes.

Poumon droit. Pleurésie interlobaire, ayant produit des adhérences résistantes entre les lobes pulmonaires. A la base du poumon, il existe une caverne anfractueuse ayant détruit la presque totalité du lobe inférieur, remplie d'un pus grisâtre, infect, au milieu duquel on voit encore des lambeaux de tissu pulmonaire s'étendant d'une paroi à une autre. Le lobe moyen, dans sa partie supérieure, est le siège d'une pneumonie suppurée. Dans sa partie inférieure, se trouve une caverne qui se confond en partie avec celle du lobe supérieur, et qui présente les mêmes caractères. Le lobe supérieur renferme des granulations et de vastes noyaux de pneumonie suppurée. La pression en fait sourdre un pus séreux, verdâtre, avec de nombreuses et fines bulles d'air. En divers endroits, il existe dans ce lobe de petites cavernes renfermant un pus analogue à celui qui s'écoule par la pression.

Poumon gauche. La surface pleurale présente des granulations tuberculeuses petites, et d'autres plus volumineuses. Dans le lobe supérieur, petites granulations tuberculeuses, cavernes et cavernules remplies de pus épais, jaunâtre.

Le lobe inférieur, très congestionné, présente dans sa partie postérieure et supérieure un noyau volumineux de pneumonie parsemé de petites cavernes contenant du pus jaune verdâtre.

La *trachée*, les bronches renferment de petites granulations tuberculeuses assez nombreuses, les parois de ces conduits sont profondément altérées. Elles sont verdâtres par suite sans doute du contact des crachats purulents. On trouve de plus, sur les grosses bronches, des stries blanchâtres, parallèles à l'axe du conduit aérien. La bronche droite inférieure, très volumineuse, présente dans sa terminaison une partie rougeâtre qui tranche nettement par sa couleur sur la couleur verdâtre de la partie qui précède. Cette bronche se rétrécit alors brusquement et se termine en cul-de-sac.

De la paroi de ce cul-de-sac part un canal bronchique assez volumineux, qui s'ouvre directement dans la grande caverne gangréneuse du lobe inférieur. — Le long des parois de cette bronche principale se trouvent situées de petites cavernules dans lesquelles viennent s'ouvrir les ramifications bronchiques qui partent de la bronche susdite.

Les ganglions qui entourent la trachée et surtout ceux qui sont situés à sa partie postérieure sont peu volumineux, mais ils sont noirâtres et très friables. On n'a pu constater la présence de caillots fibrineux dans les branches des artères bronchiques. Par suite de la friabilité du tissu pulmonaire et de la grande quantité de liquide purulent qu'il renferme, cet examen n'ayant pu être poussé assez loin.

32. Anévrysme de la carotide interne; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

M. FÉRÉ montre un anévrysme de la carotide interne droite immédiatement après son émergence dans le crâne. Cette anévrysme, à peu près régulièrement fusiforme, a le volume d'une petite noisette; il n'avait provoqué aucun symptôme appréciable pendant la vie. Le même vaisseau, du côté opposé, est légèrement dilaté en ampoule fusiforme. Toutes les artères du cerveau sont très athéromateuses; il en est du reste de même de toutes les autres artères. — Il s'agissait d'une femme de 73 ans.

33. Trois anévrysmes de la crosse de l'aorte et un anévrysme du tronc brachio-céphalique sur le même sujet. — Formation de caillots fibrineux stratifiés remplissant toutes les poches; peut-être sous l'influence d'une pneumonie; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Une femme de 63 ans, nommée B..., fut apportée le 12 février à l'Infirmerie des Incurables, service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière. Elle avait été prise l'avant-veille au soir d'un grand frisson, et, dans la nuit suivante, était apparu un point de côté à la partie inféro-latérale gauche du thorax.

Nous la trouvons avec une rougeur vive de la pommette gauche, la langue sèche et recouverte d'un enduit noirâtre, la peau chaude donne la sensation de 39°,5 ou 40°, le pouls bat 80 fois par minute ou environ. La respiration est difficile et précipitée, toux rare, pas d'expectoration. Il existe de la submatité à la base du poumon gauche dans une zone large comme la main, où on entend du râle crépitant.

Il existe à la base du cou, du côté droit, une tumeur qui fait une saillie du volume d'un œuf de pigeon, en dedans de l'insertion du sterno-cléido-mastoidien; cette tumeur est dure, elle paraît soulevée par les battements de la carotide, mais elle n'offre aucun mouvement d'expansion. La malade nous apprend alors qu'elle porte cette tumeur depuis 4 ou 5 ans, que, depuis lors, elle était souvent oppressée, surtout dans les mouvements et après les efforts et qu'elle

était sujette à des céphalées et à des vertiges. Elle affirme très nettement que sa tumeur était animée de battements très incommodés, qui lui retentissaient dans tout le cou ; et elle assure que ces battements existaient encore quand elle a été prise de son dernier malaise ; c'est depuis lors qu'ils se sont affaiblis graduellement, et, actuellement, elle ne les sent plus.

Le cœur est augmenté de volume, sa pointe bat très fort dans le 7^e espace intercostal, à deux centimètres en dehors du mamelon. A la base, on entend au niveau de l'orifice aortique un souffle aspiratif très intense au second temps. Sur la tumeur de la base du cou, on entend une sorte de ronflement systolique. En examinant comparativement les deux pouls radiaux, il semble que le droit est un peu retardé et peut-être un peu plus faible.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution de la pneumonie qui, après s'être étendue progressivement à tout le lobe inférieur gauche, s'est terminée par la mort au 12^e jour.

AUTOPSIE. — Encéphale. 1140 gr., sans lésions.

Poumons. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé, friable ; sur certains points, il existe des marbrures d'un jaune grisâtre d'où on fait écouler une matière opaque analogue à du pus ; aucun point de ce lobe ne surnage. Le poumon droit est sain ainsi que le lobe supérieur gauche. Il existe quelques adhérences pleurales anciennes aux deux sommets.

Le cœur est volumineux, et le ventricule gauche a près de deux centimètres d'épaisseur. Les valvules du cœur droit ne présentent rien de spécial. La mitrale est un peu épaissie par places, mais souple. L'orifice aortique est insuffisant bien que les valvules soient souples, mais l'origine de l'aorte est notablement dilaté et laisse entrer 4 doigts. Toute l'aorte thoracique présente de place en place des incrustations calcaires.

Au niveau de la concavité de la crosse de l'aorte, sur la paroi inféro-postérieure de ce canal, s'implante une première tumeur anévrysmale, qui fait saillie en arrière en partant du côté droit, en avant de la bronche droite qu'elle comprime et de l'espace interbronchique. Cette tumeur a une forme à peu près ovoïde, à grand axe transversal de 6 centimètres, et à petit axe vertical de 4 centimètres ; sa surface est régulière. Les parois sont minces, n'ont guère plus de un millimètre ou deux d'épaisseur en moyenne. Sa cavité est lisse et unie dans toute son étendue ; elle communique avec la cavité de l'aorte par un orifice à peu près

régulièrement arrondi de deux centimètres de diamètre, dont le pourtour est uni, sauf vers le bord gauche, où il existe une saillie rugueuse formée par une plaque calcaire de l'aorte. On y trouve un caillot qui remplit exactement la cavité de la poche, dont il se laisse facilement détacher. Ce caillot forme une masse dense dont la consistance rappelle celle du caoutchouc, et il présente à sa périphérie une coloration jaune gris; lorsqu'on le coupe, on voit qu'il est constitué, pour la plus grande partie, par une masse homogène, mais qu'on peut toutefois diviser en lamelles stratifiées, jaunâtres, d'une consistance élastique uniforme; au centre, ou plutôt au point qui correspond à l'orifice de la poche, on trouve une petite masse ronde et à surface régulière, du volume d'une grosse noisette, qui se laisse détacher, du reste, et offre une consistance moins dense, sans toutefois se laisser facilement désagréger et ayant conservé une coloration rosée; cette partie du caillot se laisse aussi diviser par couches stratifiées, plus épaisses qu'à la partie externe.

En arrière de l'origine de la carotide et de la sous-clavière gauche et entre ces deux vaisseaux, on trouve un orifice elliptique à grand axe de 12 ou 13 millimètres, dirigé obliquement d'arrière en avant et de droite à gauche, à contours réguliers et lisses, qui est bouchée par un caillot. C'est l'orifice d'une seconde tumeur anévrysmale, du volume d'une grosse noix, développée à la partie postérieure de l'aorte et en contact avec la partie antérieure gauche de la trachée. Les parois de la poche sont unies en dehors et en dedans, comme celles de la précédente; et, aux proportions près, le caillot qui la remplit est en tout semblable à celui que nous avons décrit précédemment.

En haut et à droite de la seconde tumeur, il en existe une autre à peu près de même volume, et offrant les mêmes caractères quant à ses parois et à son contenu. Cet anévrysme communique avec l'aorte par un orifice à peu près arrondi, régulier et lisse, de 1 centimètre et demi de diamètre. Il n'est séparé du précédent que par une cloison transparente.

Le tronc brachio-céphalique est dilaté dès son origine, où il a à peu près 3 centimètres. Il se dilate progressivement pour constituer une poche anévrysmale ovoïde qui s'étend en haut, aux dépens de la carotide, et qui a 5 centimètres et demi de long, sur 4 et demi de large. Cet anévrysme a des contours assez réguliers, et ses parois sont aussi assez minces, cependant, sur quelques points, notamment en haut, en avant et en dehors, elles ont 3 ou 4 millimètres

d'épaisseur. La surface interne est aussi lisse, sauf en avant et en haut où elle est assez rugueuse, et le caillot était fortement adhérent dans cette région. A la partie inférieure de la poche, à droite et en arrière, on trouve l'origine de la sous-clavière dont le calibre n'est pas modifié; cette artère s'accole à la partie postérieure droite de l'anévrysme dans la paroi duquel elle semble enclavée. Le caillot contenu dans ce quatrième sac a le même aspect et la même constitution que les autres; cependant, en haut et en avant, là où il est adhérent à la paroi, les couches stratifiées sont plus minces, plus résistantes et paraissent plus anciennes; il est creusé de deux canaux ou plutôt de deux gouttières, l'une qui suit la paroi postérieure droite du sac pour aboutir à l'orifice de la sous-clavière, l'autre qui suit la paroi antérieure pour se continuer avec la carotide. Le long de ces gouttières, le caillot est formé de couches stratifiées, plus épaisses, plus molles et plus colorées; mais on n'y trouve guère plus de caillots cruoriques que dans des vaisseaux non anévrysmatiques.

Foie: 1150 grammes, sain. — *Rate*: 130 grammes, molle, diffluente. — *Reins*: le droit pèse 230 grammes, le gauche, 30 seulement. Il s'agit probablement d'un défaut de développement congénital du rein gauche, car la structure paraît normale à l'œil nu, il en est de même du rein droit. — *Utérus*: oblitération des deux extrémités du canal cervical qui forme une ampoule du volume d'une petite noix, remplie de mucus purulent. — *Hernie ombilicale* contenant une masse d'épiploon grosse comme un œuf, adhérent à tout le pourtour de l'anneau, et complètement libre dans tout le sac.

RÉFLEXIONS. — L'affirmation de la malade qui assurait que sa tumeur accessible battait jusqu'au moment du début de sa pneumonie, et l'examen des caillots contenus dans les poches anévrysmales, avec lesquelles ils n'ont point contracté d'adhérences et qui ont conservé une certaine élasticité et une coloration rosée dans les couches les plus nouvelles, peuvent faire admettre qu'il s'agit de coagulations récentes attribuables à l'augmentation de fibrine dans le sang sous l'influence de la pneumonie.

34. Anévrysme disséquant de l'aorte ; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Le 20 février je fus envoyé par M. le professeur CHARGOT faire à l'hospice des Quinze-Vingts l'autopsie d'un ataxique sur lequel M. Fieuzal avait constaté l'atrophie des deux papilles. C'était un individu d'une soixantaine d'années, grand buveur, qui, outre ses phénomènes tabétiques, présentait un certain degré d'excitation cérébrale, injurait les religieuses du service et passait pour n'être point sain d'esprit, bien qu'on n'eût rien précisé à cet égard. Il était mort subitement après son repas.

A l'ouverture du cadavre, je trouve le péricarde distendu et rempli par du sang en partie caillé ; mais, à cause de l'obscurité de la pièce où nous faisons l'autopsie, nous n'avons pu étudier la pièce que plus tard, c'est ce qui fait qu'elle est incomplète. L'aorte avait été coupée au niveau du diaphragme ; lorsque nous avons voulu l'ouvrir par en bas sur la paroi postérieure, nous nous sommes aperçu dès le premier coup de ciseau que la paroi artérielle était séparée en deux couches ; nous avons continué l'incision de la couche périphérique seule dans une étendue de 15 centimètres environ, et on vit que dans toute cette étendue, la couche interne formait un canal complet qui n'était séparé de la couche externe que sur la demi-circonférence postérieure du vaisseau. Surtout l'étendue de la crosse aortique nous avons incisé à la fois les deux cylindres. On voit qu'à ce niveau le décollement se rétrécit pour se limiter à l'espace compris entre l'origine de la carotide primitive et de la sous-clavière gauche d'une part, et l'origine du tronc brachio-céphalique d'autre part. Dans la portion ascendante de la crosse de l'aorte, le décollement s'étend sur les deux faces antérieure et droite et comprend un peu plus que la demi-circonférence du vaisseau ; il paraît descendre à peu près jusqu'à la zone fibreuse de l'orifice aortique.

Sur toute la crosse, la couche externe détachée du vaisseau est souple, et lorsqu'on cherche à augmenter le décollement, on voit bien qu'elle n'est constituée par la couche celluleuse. A la partie inférieure de la portion thoracique au contraire, à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière, le cylindre externe augmente brusquement d'épaisseur, il s'est augmenté d'une couche fibro-élastique à peu près aussi épaisse que celle qui reste sur le cylindre interne, et qu'on peut facilement disséquer de la celluleuse.

Sur la crosse, le décollement paraît limité par les artè-

res coronaires, brachio-céphalique carotide et sous-clavière gauches. Dans le reste, les intercostales sont comprises dans l'étendue du décollement, et, toutes sauf deux, leurs tuniques internes sont rompues à ce niveau, et leur canal est par conséquent interrompu, mais la lumière de ces vaisseaux paraît oblitérée par la rétraction.

L'orifice aortique du cœur à 92 millimètres de large ; les valvules qui le ferment ont 3 millimètres d'épaisseur sur certains points, et offrent vers leurs bords une surface irrégulière et rugueuse ; vers l'insertion, elles sont minces et lisses. La valvule droite a à elle seule 40 millimètres de largeur ; les deux autres valvules sont réunies en une seule valve qui correspond à deux sinus ; au niveau de la soudure, le repli a 13 millimètres de largeur. L'obturation était très insuffisante. Le sinus qui correspond à la valvule droite est très large et profond, il contiendrait un œuf de pigeon ; il correspond à une dilatation aortique au niveau de laquelle la face interne du vaisseau présente des plaques d'épaississement athéromateux. C'est dans cette dilatation, à un centimètre et demi au-dessus du milieu de la valvule, qu'on trouve la rupture qui a donné lieu au décollement ; cette rupture est à peu près verticale, un peu festonnée et a 13 millimètres de long.

Presque en face de la rupture des tuniques internes, on voit sur le cylindre externe une petite perforation qui paraît circulaire, mais qu'on rend facilement linéaire, lorsqu'on restitue à la paroi sa forme. Cette perforation n'a guère que 4 millimètres de long ; elle fait communiquer la cavité du décollement avec le péricarde, c'est par là que s'est fait l'épanchement péricardique qui a déterminé la mort par compression du cœur.

Dans toute l'étendue de la cavité anévrysmale, il n'existait qu'une mince couche de liquide, impossible à mesurer. On pourrait dire que la cavité était virtuelle ; il n'y avait nulle part de caillots. Le décollement ressemblait en somme à une dissection récente. En définitive, tout indique que le décollement des parois de l'aorte et la rupture dans le péricarde se sont effectués à un court intervalle et dans un espace de temps très restreint.

Du côté des autres organes, nous n'avons rien trouvé de bien important ; le cœur était hypertrophié surtout dans sa partie ventriculaire gauche. Les poumons étaient tout à fait sains, sans adhérences ; les reins étaient un peu congestionnés, le foie normal.

Les lésions macroscopiques du système nerveux étaient caractéristiques, les nerfs optiques sont diminués de volu-

me, mous, d'une teinte gris jaune; il en est de même du chiasma et des bandelettes optiques qui sont amincies et réduites à une lame d'aspect cellulaire, les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont très aplatis et grisâtres. Les couches optiques n'ont pas pu être étudiées avec fruit, à cause du ramollissement du cerveau qui, à sa convexité, principalement sur les lobes antérieurs, offre les lésions de la périencéphalite, la pie-mère happe la substance cérébrale, et enlève de place en place la couche la plus superficielle. La moelle présente très nettement l'aspect de la sclérose fasciculée postérieure.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit donc bien d'un ataxique; mais, est-on en droit d'établir une relation entre la lésion aortique et la maladie nerveuse? S'agit-il d'une lésion trophique de l'aorte du même ordre que les lésions articulaires osseuses de l'ataxie locomotrice, ou s'agit-il d'une simple coïncidence? Nous pensons qu'il ne s'agit que d'une coïncidence dans ce cas particulier, car le sujet était alcoolique et déjà âgé, et il semble qu'il en est de même d'une façon générale pour les lésions aortiques des ataxiques. Nous dirons même que cette coïncidence n'est pas fréquente; nous n'avons trouvé aucune lésion aortique sur les ataxiques assez nombreux que nous pouvons observer dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

M. BALLET dit qu'il a observé deux fois cette coïncidence.

35. Rétrécissement mitral pur, non rhumatismal. — Asystolie. — Pouls veineux jugulaire. — Battements hépatiques. — Mort. — Autopsie. — Rétrécissement concentrique de l'anneau mitral, sans insuffisance. — Dilatation du ventricule droit. — Infarctus pulmonaires. — Sclérose de l'artère pulmonaire. — Néphrite parenchymateuse; par J. DÉJÉRINE, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Meyer Mathilde, âgée de 27 ans, cuisinière, entre le 18 janvier 1881, salle Sainte-Anne, n° 20, à la Charité, service de M. HARDY.

Antécédents héréditaires. Mère morte à la suite de couches. — Aucun renseignement sur son père.

Antécédents personnels. Pas de maladies dans l'enfance. — La santé est parfaite jusqu'à l'âge de 22 ans, époque à laquelle les règles disparaissent pendant 5 mois. La malade a des palpitations, de l'essoufflement, mais pas

d'œdème des membres inférieurs. Elle retourne dans son pays, y reste une année et rentre à Paris en parfaite santé.

Dès son arrivée, elle est reprise des mêmes phénomènes. Si elle marche un peu vite, si elle monte un escalier, elle éprouve des battements de cœur et de l'oppression.

Elle était sujette à s'enrhumer et elle eut plusieurs fois de petites hémoptysies peu abondantes.

Elle se marie néanmoins et devient enceinte. Pendant sa grossesse, ses jambes enflent le soir, elle retourne dans son pays deux mois avant ses couches, qui furent bonnes. Mais, s'étant levée trois jours après, elle se refroidit, fut prise de frissons, de fièvre, de dyspnée et garda le lit six semaines environ.

D'après les renseignements fournis par le mari, elle aurait eu une affection utérine ou périutérine. Elle raconte de plus, et son mari nous l'a confirmé hier, qu'elle eut à la même époque une sorte de folie, sans violence, elle avait perdu la tête et ne reconnaissait plus personne. Cet état dura trois mois. Nous avons eu affaire ici à une sorte de manie puerpérale ?

Une fois remise, elle rentre à Paris et se place comme cuisinière dans une maison bourgeoise. — Elle éprouvait de temps en temps des palpitations, de la dyspnée, de l'étouffement, ses jambes enflaient quelquefois le soir ; mais dit-elle « je pouvais faire mon ouvrage. » Elle n'eut jamais d'attaque de rhumatisme articulaire, ni aigu, ni subaigu.

Vers le commencement de novembre 1880, elle est prise subitement de palpitations telles, qu'elle est obligée de cesser son travail, les jambes enflent et l'œdème remontant aux cuisses, et le ventre augmentant aussi de volume, la malade s'inquiète et se présente à la Charité où elle est reçue dans le service de M. le professeur Hardy, salle Sainte-Anne.

Voici dans quel état cette femme se présenta à notre observation à cette époque.

Novembre 1880. Femme d'apparence moyennement robuste ; faciès un peu cyanique sur les lèvres et les joues. Les extrémités des membres inférieurs et supérieurs sont un peu bleuâtres et froides. Le reste du tégument cutané est plutôt un peu anémié. Pas d'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. Le poulx est un peu petit, dur, régulier ou à peu près, car, de temps en temps, il y a une ou deux intermittences. Battements, 80 à 90 par minute.

Etat du cœur. Pas de voussure précordiale. La pointe bat dans le 5^e espace intercostal. Le choc est net et on sent un frémissement cataire très nettement présystolique.

Auscultation. Roulement présystolique très net, suivi du claquement de la mitrale parfaitement normal et nullement soufflant, puis dédoublement du deuxième temps à la pointe. Rien à la valvule tricuspide, On diagnostique : *rétrécissement mitral pur sans insuffisance*. Pas de troubles encore du côté du ventricule droit ; ce dernier, en effet, est dilaté, mais les valvules sont suffisantes.

La percussion du cœur montre que la matité est augmentée dans le sens vertical ; donc, hypertrophie de l'oreillette.

Cette matité est augmentée aussi dans le sens transversal : donc, dilatation du ventricule droit.

La veine jugulaire est un peu saillante, surtout pendant les efforts d'expiration ; mais pas de régurgitation et encore moins de poulx veineux.

Poumons. On entend quelques sibilances disséminées ; on perçoit un peu d'obscurité, de la sonorité, surtout à droite où l'on trouve quelques râles sous-crépitaux de petit volume, un peu secs, existant surtout à l'inspiration. — *Foie* : Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; il est peut-être un peu douloureux à la pression. — *Reins* : Rien du côté des reins : ni sucre, ni albumine dans l'urine. — *Rate* : Normale. — Tube digestif. Rien d'anormal.

Pendant son séjour, la malade est traitée par la digitale, 20 gouttes de teinture par jour. Ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine. Potion avec sirop de morphine, 30 grammes, pour calmer la toux.

L'appétit à cette époque était assez bien conservé. La malade quitte le service au bout de trois semaines, malgré les conseils de M. Hardy. Elle était sensiblement améliorée. Les intermittences du cœur avaient disparu ainsi que la dyspnée et les palpitations. Le poulx ralenti par la digitale et le repos battait 60 ; et l'auscultation du cœur permettait toujours de constater d'une façon très nette le roulement présystolique et le dédoublement du 2^e temps à la pointe.

Sous l'influence de la digitale et du repos, le cœur avait repris des forces ; et le mouvement présystolique ainsi que le frémissement cataire étaient plus forts qu'à l'entrée de la malade dans le service.

Parfois même ce roulement, au lieu d'être uniquement présystolique, occupait toute la diastole, en se renforçant à la fin sous l'influence de la systole auriculaire.

Ce roulement diastolique, ainsi que Duroziez l'a démontré, était la conséquence du ralentissement du cœur. Dans ces conditions, en effet, la vis à tergo, qui fait passer le

sang des veines pulmonaires dans l'oreillette et de celle-ci dans le ventricule à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, aidée par l'aspiration du ventricule, était suffisamment forte pour faire vibrer les bords de l'orifice rétréci pendant les trois premiers quarts de la diastole et la contraction auriculaire exagérait ces vibrations pendant le dernier quart.

Ainsi donc, si le plus souvent le roulement était uniquement présystolique, il était aussi quelquefois diastolique.

Le diagnostic porté était donc rétrécissement mitral sans antécédents rhumatismaux et remontant à une époque indéterminée, rentrant ainsi parfaitement dans la catégorie des cas décrits par M. Duroziez.

C'est ce qui fait que chez cette femme, à part quelques palpitations, les phénomènes observés chez elle jusqu'alors étaient surtout d'ordre pulmonaire ; de la dyspnée, de la prédisposition aux bronchites, des bronchites qui duraient longtemps, tous phénomènes provenant de la congestion pulmonaire produite par le rétrécissement mitral et qui nous rendent compte en même temps de la fréquence des crachements de sang.

Cette femme sortit donc de l'hôpital ; mais elle est bientôt reprise de bronchite et de palpitations, elle vint quelque temps aux consultations ; enfin elle fut obligée de s'aliter et ne voyant survenir aucune amélioration elle fait demander un lit le 18 janvier 1881 ; elle est reçue dans le service, salle Sainte-Anne, n° 20.

18 janvier 1881. — *Etat actuel.* L'état de la malade est notablement plus grave qu'à son premier séjour. La dyspnée est plus marquée ; les respirations sont fréquentes et voulues. La cyanose est plus accentuée sur la face, les lèvres, les oreilles, les mains et les pieds ; ces parties sont plus froides que le reste du corps. Léger œdème péri-malléolaire. Les palpitations sont plus prononcées et le moindre effort exagère et les palpitations et la dyspnée.

La malade tousse ; elle expectore des crachats spumeux, aérés ; quelques-uns sont visqueux et ressemblent à de la solution de gomme arabique, d'autres sont striés de sang. Le pouls fréquent, irrégulier, bat 110, 120 par minute.

Cœur. Le cœur est un peu modifié dans sa forme. La matité transversale est augmentée, la matité verticale mesure 22 centimètres. Les battements sont d'autant moins forts qu'ils sont plus fréquents. Le frémissement cataire est moins fort et n'existe pas à toutes les systoles auriculaires.

L'*auscultation* montre qu'il y a déjà un certain degré d'asystolie ; faux pas du cœur, intermittences vraies et in-

termittences fausses. Le dédoublement du 2^e claquement manque quelque fois. Le roulement présystolique manque quelquefois aussi, et lorsqu'on l'entend, il est d'autant moins fort que le cœur bat plus vite. Enfin, de temps en temps, on entend un souffle systolique. La valvule tricuspidé n'est pas encore insuffisante. La stase des jugulaires est augmentée, mais il n'y a pas de reflux, ni de poulx veineux.

Poumons. La congestion pulmonaire et la bronchite sont très marquées. On entend des râles sous-crépitaux aux bases en arrière surtout à droite et des sibilances disséminées dans toute l'étendue de la poitrine.

Foie. Le foie déborde un peu les fausses côtes, il est douloureux à la pression.

Tube digestif. Etat saburral des voies digestives, inappétence, constipation.

Urine. Ni sucre, ni albumine. — *Traitement.* Digitale 20 gouttes de teinture. Teinture de maïs. Vin de quinquina.

A son entrée donc, la malade était sensiblement plus fatiguée que la 1^{re} fois, l'insuffisance mitrale en voie de se produire. Le cœur avait augmenté de volume et l'asystolie était proche. A partir de ce jour et pendant les 37 jours qu'elle passa à l'hôpital, l'état ne fit que s'aggraver. L'insuffisance mitrale se caractérisa de plus en plus, l'hypertrophie du cœur s'accrut et le cœur descendit. L'œdème des membres inférieurs augmenta et apparut aussi aux bras, mais peu prononcé.

3 février. L'insuffisance tricuspidé s'établit à son tour et on constate alors les phénomènes suivants : dyspnée extrêmement prononcée surtout le soir, cyanose de plus en plus apparente sur la face, le nez, les oreilles, les mains et les pieds avec refroidissement marqué de ces parties.

Cœur volumineux, matité transversale et verticale augmentée : battements irréguliers ; frémissement cataire faible. *Auscultation* : Roulement présystolique faible, suivi d'un souffle systolique très net s'entendant dans tout le côté gauche de la poitrine et dans l'aisselle. Dédoublement du 2^e temps à la pointe. A l'orifice tricuspidé, on entend un souffle très fort, ayant un timbre plus doux que celui de l'orifice mitral et s'entendant au niveau de l'appendice xyphoïde et au $\frac{1}{3}$ inférieur du sternum et se propageant à droite de cet os. — *Circulation.* Le poulx est petit, irrégulier intermittent. Les veines du cou sont dilatées. Le poulx veineux est très net, systolique. La veine jugulaire se remplit de bas en haut, ce qui montre, comme le poulx veineux du reste, que les valvules sont forcées, phénomène qu'on pouvait prévoir depuis quelques jours, car, en auscultant la

veine jugulaire on entendait un claquement systolique très fort.

Foie. Le foie est très augmenté de volume : il descend à 10 cent. au-dessous des fausses côtes et ce gonflement alla en augmentant jusqu'à atteindre presque la crête iliaque. — Il est animé de battements d'expansion systoliques. Pouls veineux très net.

Poumons. — Congestion pulmonaire de plus en plus marquée aux bases surtout à droite : râles sous-crépitaux et matité plus accentués à droite qu'à gauche.

Urine. Nuage assez notable d'albumine.

Du 8 au 15 février. L'état reste à peu près le même avec alternatives dans la dyspnée et les étouffements.

16 février. A partir du 15 février, l'état s'aggrave de plus en plus. La dyspnée arrive à l'orthopnée, le sommeil est impossible et pendant plusieurs jours, la malade eut tous les deux jours, le soir, des accès de dyspnée qui ne cédaient qu'aux injections sous-cutanées de morphine. On prescrit : Sulfate de quinine 0,50 centig. par jour. L'œdème fit de grands progrès ; l'infiltration augmenta ; mais on ne constata pas de phlegmatia.

17 février. L'urine qui contenait une notable quantité d'albumine est examinée de nouveau et on dose l'albumine ; on trouve 14 grammes par litre. Sa teinte est sanguinolente. Infarctus rénaux probables. *Rate* augmentée de volume.

L'état ne fait qu'empirer et la malade meurt le 24 février 1881 à 11 heures du soir, en conservant son intelligence absolument intacte.

En résumé, cette femme a présenté la marche classique du rétrécissement mitral pur. Silencieux pendant les premières années de la vie, il s'accrut plus tard et s'accusa d'abord par des phénomènes pulmonaires. Puis le ventricule droit, surmené, ayant cédé, l'insuffisance tricuspide amena la rupture d'équilibre entre la tension artérielle et la tension veineuse, l'asystolie survint et la malade succomba.

AUTOPSIE faite 33 heures après la mort. Rigidité cadavérique nulle. Cadavre très œdématié surtout aux membres inférieurs et jusqu'à la ceinture. Il existe dans la cavité environ 200 grammes de sérosité citrine. Adhérences pleurales gauches anciennes. A droite, pleurésie cloisonnée contenant environ 2 verres de liquide. Le péricarde contient une assez grande quantité de liquide sanguinolent.

Les rapports du cœur avec la paroi thoracique sont les suivants : Cœur augmenté de volume ; direction transversale, la pointe correspond au 6^e espace intercostal, à envi-

ron 12 centimètres de la ligne médiane du sternum. Le cœur entre en rapport avec la face inférieure du thorax dans une étendue d'environ 8 centimètres carrés ; la partie du cœur ainsi en contact est constituée pour la plus grande partie par le ventricule droit et par la moitié supérieure du ventricule gauche. Les adhérences pleurales gauches expliquent les rapports de la face inférieure du cœur avec la paroi thoracique. Cœur passablement augmenté de volume, hypertrophie un peu générale, portant sur les ventricules et les oreillettes ; l'oreillette gauche n'est pas notablement plus hypertrophiée que la droite. Pas de péricardite, quelques ecchymoses sous le péricarde viscéral, sur le bord gauche, ainsi que sur la pointe à la partie postérieure. Le poids est de 460 grammes.

En ouvrant la cavité auriculaire gauche, on constate un rétrécissement mitral très prononcé, n'admettant même pas l'extrémité du petit doigt, formé aux dépens de la mitrale ; il présente une disposition infundibuliforme assez nette. Sur sa face postérieure, plaque calcaire d'environ 8 millim. dans le sens vertical, sur 5 millim. dans le sens transversal. Endocarde auriculaire épaissi, laiteux ; auricule droite bondée de concrétions sanguines d'âge variable, les unes siégeant dans la partie profonde de l'oreillette, jaunâtres, dures, sèches, les autres plus récentes et recouvrant les premières. En regardant la valvule mitrale par l'intérieur du ventricule, on constate que ces valves sont soudées ainsi que les tendons, et forment un canal d'environ 3 centimètres de longueur, s'ouvrant d'une part dans le ventricule, de l'autre dans l'oreillette ayant un grand diamètre d'environ 9 à 10 millimètres. Pas d'insuffisance aortique.

Ventricule droit. Parois de l'oreillette et du ventricule dilatés ; dans l'auricule droite quelques concrétions sanguines récentes. La valvule tricuspide paraît insuffisante. Myocarde couleure feuille morte très prononcée. Le ventricule droit présente la même coloration, mais son tissu est plus dur (myocardite interstitielle). Les parois du ventricule droit ont 6 millimètres d'épaisseur, ceux du gauche ont 14 millimètres.

Poumon droit. Adhérent à sa base et sur son bord postérieur. La cavité pleurale contient encore un demi-litre de liquide. Plaque laiteuse sur la face externe, le lobe moyen et le lobe supérieur. Adhérences anciennes, fibreuses, du bord postérieur. A la superficie du lobe moyen et de l'inférieur, on sent des nodosités épaisses, dures, superficielles, constituées à la coupe par des infarctus à aspect granité, de

forme pyramidale à base périphérique. Œdème très prononcé du lobe supérieur ; lobe inférieur en partie atelectasié.

Poumon gauche. Symphyse pleurale cloisonnée, quelques ecchymoses et nombreux infarctus, congestion œdémateuse du poumon, muqueuse bronchique congestionnée, un peu épaissie. Pas de caillot dans les grosses bronches pulmonaires qui présentent quelques plaques laiteuses. Aorte un peu diminué de calibre, pas d'altérations.

Rein droit : Pas d'adhérence de la capsule ; néphrite parenchymateuse très marquée. *Rein gauche :* Quelques kystes sur la surface.

Foie. Volumineux débordant de 10 centimètres les fausses côtes : poids 1780 grammes ; pas de péri-hépatite ; pas d'adhérence de la capsule. A la coupe, on constate un foie muscade, en voie d'atrophie rouge. *Rate.* Poids 240 gr., dure, fibreuse, glomérules de Malpighi bien nets.

Organes génitaux : Pas de bride ; pas de pelvi-péritonite ; utérus de volume normal ; col effacé, pas de cicatrices ; métrite du col très prononcée. Muqueuse utérine un peu congestionnée dans sa partie supérieure. Ovaire, rien de particulier. Muqueuse intestinale assez fortement congestionnée, gonflement des follicules de l'intestin grêle.

Cerveau. Rien de particulier du côté des méninges. Artères de la base saines. Rien de particulier aux différentes coupes. Le bulbe ne présente rien de spécial. La moelle épinière ne présente rien de particulier.

Examen microscopique : Les fibres musculaires présentent un piqueté granulo-graisseux, très manifeste après action de l'acide osmique. Le foie présente les altérations du foie cardiaque ordinaire, dilatation considérable des capillaires centraux du lobule, avec atrophie et pigmentation brune des cellules voisines, aucune altération scléreuse des espaces porte. Les infarctus du poumon présentent à l'examen histologique leurs caractères ordinaires, et les embolies qui les ont déterminés, visibles du reste à l'œil nu, ne présentent rien de particulier.

RÉFLEXIONS. — Le cas que nous publions est intéressant, parce qu'il appartient au rétrécissement mitral pur et par ce fait, fréquent du reste dans cette affection, qu'il n'y avait chez cette femme, aucun antécédent rhumatismal quelconque.

Duroziez a démontré que cette affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme comme 3 : 1 ; et

il a montré également qu'elle relevait rarement du rhumatisme. L'étiologie du rétrécissement mitral pur est encore à faire, il s'agit là d'une lésion de nature particulière, d'un rétrécissement concentrique de l'anneau mitral dont la cause nous échappe encore dans la plupart des cas.

40. Idiotie complète; — Vertiges et accès épileptiques; — Rougeole; — Bronchio-pneumonie consécutive; — Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales; par BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Mor..., Charles, François, âgé de 3 ans, est entré à Bicêtre, le 4 janvier 1879 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (24 janvier 1881). Père, 41 ans, boulanger; de taille petite (réformé); d'une intelligence au-dessous de la moyenne; d'une bonne santé habituelle. Il s'est marié à 25 ans; a eu, à 27 ans, une fièvre typhoïde « avec beaucoup de délire, » affection qui fut suivie d'une diminution de la mémoire. Pas d'excès de boisson. [Père, mort d'une affection du cœur à 32 ans; maçon; alcoolique; a bu « tant qu'il a pu. » Mère, morte de fièvre typhoïde. Pas de manifestations nerveuses dans la famille.]

Mère, 41 ans, couturière, est assez intelligente; présente une *tumeur érectile*, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure, tumeur qui s'est accrue à chacune des grossesses; alcoolique; s'est mariée à 25 ans. [Père mort à 70 ans; mère, morte à 72 ans d'une tumeur au bras, un an après avoir subi l'amputation du membre atteint. Grand'mère paternelle adonnée aux excès alcooliques et vénériens.] — Pas de consanguinité.

Treize grossesses: 1° une fille morte de *convulsions* à 4 mois; bien conformée; 2° garçon, âgé de 13 ans, intelligent et bien portant; 3° fille morte à 1 mois, de diarrhée, sans convulsions; 4° garçon mort à 1 mois, de diarrhée, sans convulsions; 5° fausse couche à 4 mois et 1/2, due à des émotions; 6° fausse couche due à l'anémie; 7° fausse couche à 4 mois et 1/2; 8° quatrième fausse couche à 4 mois 1/2; 9° garçon, âgé de 7 ans, intelligent et bien portant; 10° notre malade; 11° fausse couche à 4 mois 1/2, alors qu'elle était atteinte de la variole; 12° garçon mort en 2 jours à l'âge de 5 mois, dans le cours d'une affection cardiaque, probablement d'une *maladie bleue* « il devenait violet »; 13° fille, âgée de 5 mois; bien portante; élevée au sein, par sa mère.

Notre malade. Pendant la grossesse, la mère a été sujette à des émotions multiples occasionnées par l'état de santé de son mari (douleurs rhumatismales), et par la crainte de la mi-

sère; pas d'alcoolisme durant la gestation. L'accouchement se fit à terme, normal. L'enfant fut élevé au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 10 mois. Jusqu'à 5 mois, il était bien portant, vif intelligent; alors il fit une chute dans laquelle sa tête vint porter sur un poêle chaud. Il en résulta une plaie du front, avec brûlure; « il y eut un trou, mais presque pas d'écoulement de sang »; immédiatement à la suite, l'enfant n'eut ni perte de connaissance, ni convulsions; mais il perdit la gaieté qu'il avait auparavant. La chute et la brûlure eurent pour résultat de faire disparaître des croûtes de cuir chevelu préexistantes. Deux mois après, à 7 mois 1/2, se montrèrent les *premières convulsions*. Leur durée fut de 15 minutes à la première attaque; le même jour, elles se produisirent une seconde fois et persistèrent durant vingt minutes. Sans perdre connaissance, l'enfant devenait « blanc » en même temps qu'il était agité de secousses avec « une sorte de hoquet. » Dès lors, tous les jours se reproduisirent ces « convulsions; » mais ce n'est qu'à 14 mois qu'il commença à perdre connaissance. L'enfant dans ses crises ne voyait plus clair, n'entendait plus; il se cramponnait, sans tomber. Les bras étaient rigides, les yeux convulsés. A deux ans et neuf mois, les manifestations de l'épilepsie s'accompagnent de chute, mais ne présentent ni aura, ni cri aigu initial, sauf quelquefois une sorte de cri plaintif, ni prédominance unilatérale des convulsions. Deux ou trois fois, il y eut de l'écume buccale, la marque de la langue et la miction involontaire étaient constantes.

Absence complète de parole, ainsi que de développement intellectuel. Notre malade ne reconnaît pas ses parents; ne sait manger seul; il est salace et gâteux. Il a commencé à marcher à 2 ans 1/2. Aujourd'hui, nous le voyons d'habitude les doigts dans la bouche (l'index). Par moments, il fait entendre de petits cris avec tremblotement des lèvres. Maximum des accès en 24 heures, 15; maximum de durée des rémissions, 8 jours. C'est à la chute sur le poêle et à la brûlure que la mère attribue l'état de l'enfant.

Traitement par le bromure de potassium, l'éther, (chez ses parents), l'iode d'éthyle (à Bicêtre).

1881. — 13 Janvier. Le malade a eu une épistaxis. — Ce matin, on constate du coryza avec conjonctivite; les paupières sont agglutinées. — A l'auscultation, on trouve à droite des râles sous-crépitaux; à gauche, de la respiration rude. — Le ventre est météorisé; il existe de la diarrhée séreuse, grisâtre, fétide. T. R. 38°, 4. — Soir : T. R. 40°, 2.

14 Janv. Erythème des fesses; pas d'éruption. (Bouil-

lon, lait, tisane de bourrache). T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°,6.

15 *Janv.* Eruption rubéolique très apparente ce matin, sur tout le corps, principalement à la face. Pas de râles. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,4.

16 *Janv.* T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

17 *Janv.* L'éruption a disparu; l'amaigrissement est considérable, depuis trois jours; il y a encore un peu de conjonctivite et de coryza; l'enfant tousse fréquemment, avec fatigue; en même temps, des râles sous-crépitaux se font entendre des deux côtés de la poitrine. — La diarrhée persiste. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,2.

18 *Janv.* Les râles sous-crépitaux sont très abondants dans toute l'étendue de la poitrine. T. R. 39°. (Sinapismes; potion de Todd avec extrait de quina, 2 gr.). — *Soir* : T. R. 39°,2.

19 *Janv.* Diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire au sommet du poumon gauche. Ventre en bateau. T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°.

20 *Janv.* L'enfant reste dans la somnolence; l'expiration est légèrement soufflante des deux côtés de la poitrine. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

21 *Janv.* T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,6.

22 *Janv.* T. R. 39°,4. — *Soir* : T. R. 40°,4.

23 *Janv.* Le malade est très affaibli; la respiration est soufflante à la base du poumon droit, accélérée. Le facies est pâle, les yeux cernés; le ventre en bateau. Le pouls est très rapide. T. R. 40°,4. (Vésicatoire.)

24 *Janv.* Mort ce matin à 7 heures 1½, dans le coma. T. R. *post mortem*, 40°,8. Les accès d'épilepsie ont eu la marche suivante :

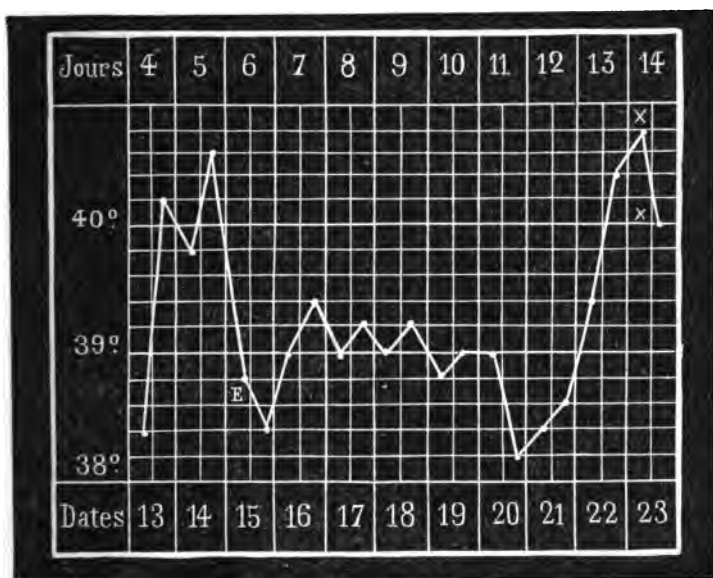
En 1879, 83 accès. En 1880, 393 accès. Du 1^{er} au 13 janvier 1881, 27 accès.

AUTOPSIE, vingt-quatre heures après la mort. — *Thorax*. Hépatisation de tout le lobe supérieur du poumon droit; quelques noyaux de broncho-pneumonie au niveau du lobe inférieur du poumon gauche. *Cœur* (70 gr.); caillot occupant le ventricule droit et l'oreillette correspondante.

Abdomen. Foie (470 gr.) normal. — Sur les deux reins, on constate l'existence de tumeurs multiples sous forme de noyaux arrondis, de volumes différents. Elles occupent la substance corticale; quelques-unes se montrent à la surface du parenchyme avec l'aspect de taches lenticulaires, blanchâtres, peu épaisses. L'une d'entre elles fait relief au dehors, et refoule la substance médullaire en dedans, sur

une largeur de 1 cent. et une profondeur de 2 cent. La coloration en est blanc-jaunâtre, la consistance demi-molle. L'examen microscopique, pratiqué par M. Mayor, montre qu'il s'agit là de *sarcôme encéphaloïde*. La surface du rein est en outre parsemée de petits *kystes*.

Tête. L'enveloppe crânienne est normale. Au point de vue de l'épaisseur et de la régularité des os; cependant l'apophyse crista-galli présente un développement extraordinaire en hauteur. La *dure-mère* est adhérente; la *pie-mère* offre une vascularisation fine, prononcée surtout au



niveau des lobes frontaux, ainsi que sur les lobes occipitaux, principalement à gauche. *Encéphale* : 1040 gr.

Hémisphère droit : Longueur 16 cent. ; la décortication est assez facile, les circonvolutions semblent fortement tassées les unes sur les autres; la *face convexe* est le siège de plusieurs îlots de SCLÉROSE TUBÉREUSE ainsi distribués : 1° extrémité antérieure de la 3° circonvolution frontale; 2° extrémité postérieure des 1^{re}, 2° et 3° frontales; 3° extrémité inférieure de la frontale ascendante; 4° trois îlots sur

la lèvre postérieure du sillon de Rolando; 5° partie postérieure de la 1^{re} temporale; 6° partie moyenne des 2° et 3° temporales; 7° lobule pariétal supérieur; 8° lobule du pli courbe.

Face interne. 1° Ilot à la partie postérieure de la 1^{re} frontale; 2° à un centimètre de l'extrémité postérieure de la circonvolution du corps calleux; 3° à la base du lobe carré. Le ventricule latéral n'est pas dilaté; sur le corps strié on trouve quatre noyaux irréguliers, disposés sous forme de bandes transversales et verticales, limitées exactement à l'union de la substance grise avec la substance blanche.

Hémisphère gauche. — a) *Face convexe*: Ilots scléreux occupant: 1° la partie moyenne des 3 circonvolutions frontales; 2° la partie moyenne de la frontale ascendante; 3° une faible portion de la pariétale ascendante; 4° le lobule pariétal supérieur; 5° la partie postérieure de la première temporale; 6° la partie moyenne de la deuxième temporale ainsi que de la troisième.

b) *Face interne*: 1° ilot sur la première circonvolution frontale; 2° entre le lobule paracentral et le *gyrus fornicatus*; 3° ilot volumineux sur le coin. Le ventricule latéral n'est pas dilaté; sur le corps strié, on trouve sept ou huit ilots ou mieux bandes transversales; les 2 premières siègent à la partie inférieure de la tête du noyau intra-ventriculaire.

Sur les deux hémisphères, sauf au niveau des ilots scléreux, les circonvolutions prennent une coloration de chair de saumon. La pie-mère se laisse aisément enlever, au niveau des ilots scléreux, tandis qu'elle s'enlève relativement moins bien au niveau des circonvolutions non indurées. — Les sillons sont peu apparents, en raison du tassement que déterminent les noyaux de sclérose. — La coupe de ces derniers, permet de constater la densité du tissu qui les compose, en même temps que le toucher suffit, au passage du doigt sur les hémisphères, à les reconnaître par leur résistance, qui contraste avec la mollesse du tissu cérébral sain. Elles forment enfin une légère saillie par rapport aux circonvolutions voisines.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous fournit le troisième exemple d'une forme spéciale de *sclérose*, dont la description anatomique commence à être connue, mais qui, au point de vue clinique, offre encore de grandes lacunes(1).

(1) Les deux premières observations ont été publiées dans les *Archives de neurologie*, t. I, p. 81 et 397.

La maladie paraît avoir débuté à 7 mois et demi, par des *convulsions* si légères d'abord que, au dire contestable des parents, l'enfant ne perdait pas connaissance. Ces convulsions se sont aggravées progressivement, mais n'ont jamais déterminé de paralysie. Les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées. L'enfant était complètement idiot. Notons, pour mémoire, l'habitude de mettre ses doigts dans la bouche.

M... a succombé à une *bronchio-pneumonie* consécutive à la *rougeole*. La mort est survenue au bout de 10 jours. La température s'est toujours maintenue à un chiffre élevé.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous nous bornerons à noter : 1° l'absence de lésions sur la partie supérieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et les lobules paracentraux, ce qui expliquait pourquoi il n'y avait pas de paralysie ; 2° la limitation des lésions de la substance grise ; la singulière disposition des lésions du corps strié ; 3° l'absence de dilatation des ventricules latéraux ; 4° l'absence de lésions de l'isthme et du cervelet.

Enfin, contrairement à ce qui s'observe le plus souvent, M... a eu des accès pendant sa rougeole, alors que la fièvre était très forte. Ainsi, il en a eu un le 13 et le 14 janvier (période d'invasion) ; un le 15 et le 16 (période d'éruption) ; un le 18 et le 21.

Le Secrétaire,
Ch. FÉRET.

MARS.

Séance du 4 mars 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

1. M. LELOIR présente un malade du service de M. Vulpian atteint d'*atrophie musculaire progressive*. Cette atrophie a débuté par les membres inférieurs, à la suite d'une blessure occasionnée par un éclat d'obus. Le malade, chez lequel il paraît ne pas y avoir eu d'anesthésie, a présenté, à différentes époques, des douleurs assez vives dans les membres. Le processus paraît donc ne pas s'être limité au système des cornes antérieures, il s'agit là d'une paralysie spinale diffuse dont la relation avec le traumatisme est difficile à préciser.

2. Cancer du pancréas comprimant les voies biliaires. — Atrophie du ventricule droit; par P. L. LEGENDRE, interne provisoire.

Louise M..., âgée de 77 ans, concierge, entre le 20 février 1881 dans le service annexe de l'hôpital Cochin dirigé par M. R. MOUTARD-MARTIN. Cette malade présente un ictère intense; toute la surface cutanée est couleur jaune orangé, et en différents points du corps apparaissent des taches ecchymotiques pointillées de purpura; toutes les sécrétions sont fortement colorées en jaune. L'urine est rare, d'un brun très foncé et présente par addition d'acide nitrique une coloration vert bouteille; elle ne renferme ni albumine ni sucre. Les matières fécales sont demi-liquides, d'un gris-jaunâtre et d'aspect grassex.

L'interrogatoire de la malade, très malaisé à cause de sa surdité extrême, permet de reconstituer ainsi la marche de son affection: depuis assez longtemps elle digérait mal, éprouvait un dégoût marqué pour les aliments et surtout pour la viande; elle avait quelquefois des vomissements

pituiteux le matin, mais jamais elle n'aurait eu de vomissements noirs, ni rendu de matières noires dans ses garde-robes. Sa jaunisse a commencé il y a un mois environ, peu marquée d'abord et s'accroissant de plus en plus; jamais antérieurement elle n'avait eu la jaunisse et toute sa vie s'est écoulée sans maladie importante.

Elle nie avoir fait des excès alcooliques, mais l'insistance qu'elle met à réclamer chaque jour un supplément de vin ne permet guère d'ajouter foi à ses dénégations.

Depuis quelques jours son anorexie est absolue, et jadis obèse, elle est considérablement amaigrie. L'examen de l'abdomen dénote une douleur à la pression dans l'hypochondre droit; la matité hépatique ne paraît pas augmentée d'étendue; à la palpation on sent une surface rénitente, mais lisse, le bord tranchant est perceptible, mais vers le bord externe du muscle droit on sent une tumeur de la grosseur d'une forte noix régulièrement arrondie, d'une très grande dureté et un peu mobile qui doit être la vésicule biliaire distendue.

Dans la région épigastrique on perçoit une certaine rénitence, mais pas de tumeur localisée. La matité splénique est normale. Les battements cardiaques sont très lents. Souffle systolique, rude et intense dont le maximum est à l'orifice aortique. Les artères radiales ne paraissent pas athéromateuses.

Œdème périmalléolaire et prélabial assez marqué.

Pendant quelques jours le même état persiste; l'urine recueillie pendant deux jours a oscillé entre 300 et 500 grammes contenant de 6 à 8 grammes d'urée. A partir de ce moment, il y eut incontinence de l'urine et des matières fécales. L'anorexie resta absolue et la faiblesse s'accrut; mais aucun signe apparent d'urémie ne se manifestait quand la malade mourut subitement le 28 février.

Le diagnostic avait été: compression des voies biliaires par un néoplasme probablement du foie et peut-être secondaire à un cancer latent de l'estomac.

AUTOPSIE. Foie pesant 1350 gr. résistant à la coupe, de coloration olivâtre, particulièrement foncée à la partie centrale des lobules qui sont distincts. Dilatation marquée des voies biliaires, surtout des canaux gros et moyens qui contiennent un muco-pus visqueux. Capsule de Glisson épaissie en certains points. *Vésicule* distendue au maximum par une bile noire comme de l'encre; pas de calculs.

Estomac intact. *Duodénum* rétréci au niveau de sa deuxième portion, admettant à peine le petit doigt, comme englobé dans la tête du pancréas si bien que l'orifice des

canaux cholédoque et pancréatique est très difficile à trouver. Le *pancréas* est irrégulièrement bosselé, dégénéré dans toute son étendue, de consistance lardacée et de coloration blanche, laissant s'écouler peu de suc à la coupe. La *rate* est de volume ordinaire, dure à la coupe. Le *rein* droit, assez volumineux, présente à la partie inférieure une cavité kystique dans la substance médullaire, du volume d'une petite noix et contenant un caillot sanguin. Le rein gauche petit, scléreux, est d'une coloration jaune verdâtre due évidemment à l'imprégnation du pigment biliaire, et contient deux petits kystes pleins d'urine.

Les *poumons* congestionnés dans les lobes inférieurs offrent à la coupe, dans les lobes supérieurs, une teinte jaunâtre par imprégnation biliaire. Le *cœur* est entouré d'une couche adipeuse trois fois plus épaisse que ses parois; le tissu musculaire est d'un rouge grisâtre, gras au toucher.

L'aorte est saine jusqu'au voisinage des sigmoïdes qui sont ainsi déformées par l'athérome et rétrécissent l'orifice. Le ventricule est remarquablement atrophié, il est dans sa totalité si petit qu'il semble comme appendu au ventricule gauche, les parois en sont extrêmement amincies et la cavité, vide de caillots, ne contiendrait pas une noisette; les valves de la tricuspide sont très petites et les piliers comme recroquevillés. L'oreillette a sa dimension et sa forme normales.

Il a paru intéressant de rapprocher ce fait d'un cas analogue présenté à la Société des Hôpitaux le 24 décembre 1880 par M. Féréol; il s'agissait d'une atrophie du ventricule droit trouvée à l'autopsie d'un sujet mort de cirrhose; dans le cas actuel il y a également coexistence d'un ventricule droit atrophié et d'un foie biliaire, consécutif à la compression de l'ampoule de Vater par le pancréas cancéreux.

M. R. MOUTARD-MARTIN fait remarquer que récemment M. Féréol a fait mention d'un cas analogue, dans lequel l'atrophie ventriculaire avait été observée, avec des lésions de la cirrhose hépatique.

3. Typhus ambulatorius. — Syphilis. — Perforations multiples de l'intestin. — Péritonite suraiguë. — Mort; par J. Grou, interne des hôpitaux.

Édouard Émile, âgé de 31 ans, entre le 24 février 1881,

salle St-Lazare, 28, à l'hôpital St-Antoine, service de M. le docteur DUJARDIN-BAUMETZ.

Le malade, habitant Paris depuis plusieurs années, et ayant l'habitude de faire de fréquents excès vénériens et alcooliques, se plaint d'avoir depuis trois ou quatre jours de violents maux de tête localisés surtout dans la région sous-occipitale, et des envies de vomir. La bouche est pâteuse, la langue blanche et étalée. Le malade a de la constipation. Le malade n'a pas de fièvre ($37^{\circ},8$ le soir dans l'aisselle). En un mot, il présente tous les symptômes d'un embarras gastrique simple. Le malade raconte avoir contracté la syphilis, il y a 18 mois environ, et avoir depuis lors une céphalée persistante.

Un ipéca est prescrit au malade, et le jour suivant un purgatif (deux verres d'eau de Sedlitz). Cependant le malade continue à se plaindre de maux de tête très violents, de quelques douleurs abdominales. Il n'a plus ni envie de vomir, ni diarrhée. Il continue à marcher dans la salle, prenant seulement une cuillerée de sirop de Gibert, et buvant du bouillon et du lait.

Le mercredi 3 mars, le malade est au lit le matin au moment de la visite. Il dit souffrir de l'abdomen depuis la nuit; la douleur est générale, sans maximum en aucun point. La constipation persiste, et les envies de vomir se montrent de nouveau sans vomissements. La température monte à $38^{\circ},5$.

En présence de ces symptômes péritonitiques, le traitement mercuriel est suspendu. Le soir, l'état est le même, le météorisme est seulement un peu plus marqué. — Le malade meurt dans la nuit — une heure du matin.

AUTOPSIE faite le 5 mars, 30 heures après le décès. Il existe une péritonite généralisée avec fausses membranes purulentes, recouvrant tous les intestins distendus par les gaz, mais vides de matières, et les faisant adhérer entre eux. Le gros intestin est absolument sain, mais renferme quelques matières fécales liquides. L'intestin grêle est complètement sain depuis le pylore jusqu'à 50 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau est un follicule clair, rouge, saillant, congestionné. Un peu plus bas, est une plaque de Peyer complètement ulcérée; ulcérations à bords grisâtres, d'apparence gangréneuses, taillées à pic, et coupant toutes les tuniques de l'intestin, à l'exception de la séreuse. Deux autres plaques, situées un peu plus bas, présentent les mêmes lésions, mais la tunique séreuse présente une perforation de l'étendue d'une tête d'épingle. Enfin, en arrivant à 10 centimètres du cœcum, on trouve

deux autres perforations de l'étendue d'une pièce de 50 centimes à bords taillés à pic, noirâtres; ces ulcération ont une étendue aussi grande sur la surface séreuse que du côté de la muqueuse.

Tout autour de la valvule iléo-cœcale sont deux immenses perforations, une comme une pièce de 2 francs, l'autre à peine plus petite, à peine séparées par un fond de tissu de la largeur d'un millimètre : elles sont entourées sur une assez large étendue par des détritits gangréneux de la muqueuse; ces lésions à ce niveau existent sur presque tout le pourtour de l'intestin grêle.

Partout ailleurs, nous trouvons les autres lésions de la fièvre typhoïde, mais très atténuées; les poumons sont à peine congestionnés aux deux bords, la rate, diffidente, a conservé son volume normal.

4. Cancer encéphaloïde de la vessie. — Néphrite parenchymateuse. — Mort; par BROSSARD et PENNEL, internes des hôpitaux.

Sell., François, imprimeur, 43 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. B. ANGER, salle Saint-Joseph, n° 45, le 28 janvier 1881.

Pas d'antécédents pathologiques. Parents morts de maladies aiguës dans un âge avancé. En août 1880, il est pris tout à coup d'envie d'uriner, et il rend sans douleur une petite quantité de sang. Pendant trois semaines, les urines renferment du sang en certaine quantité en même temps que les mictions deviennent fréquentes et douloureuses. Ces douleurs consistaient principalement en cuissons dans la verge avant et après la miction. A cette époque, il prit des bains et des lavements laudanisés jusqu'à la fin d'octobre : les urines ne renfermaient plus de sang, et les mictions étaient moins fréquentes. Au commencement de janvier 1881, nouvelles crises douloureuses, apparition du sang dans les urines. Quelquefois le malade urine du sang.

28 janvier. Au moment de son entrée à l'hôpital, nous sommes frappés de sa pâleur, il semble très anémié. Pas de teinte jaune-paille. Les mictions sont très-fréquentes, et les urines contiennent du sang. La quantité d'urine est d'environ 6 à 7 litres par jour. Soif vive. Accès douloureux survenant une dizaine de fois par jour et douleur localisée au bout de la verge. Jamais de coliques néphrétiques. Pas de gravier dans les urines. L'état général est bon. On sonde le malade avec une sonde en gomme, et on ne retire pas

d'urines. Pas de calculs. Par le palper abdominal on sent une tumeur globuleuse, dure, formée par la vessie qui paraît très augmentée de volume. Au toucher rectal, on sent la prostate dure et assez volumineuse. En combinant le palper abdominal et le toucher rectal, on sent une tumeur entre les deux mains. Après l'exploration, les urines rendues contiennent plus de sang qu'auparavant.

11 février. L'état général s'est aggravé; la langue est sèche, la peau chaude, dégoût pour les aliments. Les douleurs sont moins vives en urinant, mais il existe une véritable incontinence d'urine, le malade conserve son urinoir toute la journée. Dans les urines, on trouve une grande quantité d'albumine et un peu de sang.

14 février. La sonde est introduite dans la vessie sans difficulté, mais une fois parvenue dans la vessie, elle est prise de toutes parts. On ne retire que très peu d'urine.

17 février. On explore la vessie avec le lithotriteur et on ne trouve aucun calcul. Les urines sont très abondantes, 6 litres environ, et renferment beaucoup d'albumine. Le malade est mis au régime lacté.

23 février. Le malade ne rend plus d'urine, mais des caillots sanguins. La vessie est très distendue, le ventre ballonné, envies de vomir, fièvre, douleurs vives. On sonde le malade sans retirer une goutte d'urine : l'aspiration avec l'appareil Potain ne réussit pas davantage. On essaie encore d'introduire une sonde métallique de gros calibre, mais il ne sort de la vessie que quelques caillots.

24 février. Le malade n'a pas uriné. La vessie est très distendue et la sonde ne retire pas d'urine. La respiration est anxieuse, un peu de délire. Douleurs très vives. Pouls faible et très rapide, à 146. Le ventre est extrêmement tendu. Pas de vomissements.

Mort à midi.

AUTOPSIE faite le 25 février. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une péritonite généralisée, avec fausses membranes verdâtres et agglutination des anses intestinales par un liquide poisseux.

La vessie est volumineuse et perforée au sommet; il s'est formé un foyer limité par des anses de l'extrémité de l'iléon, très épaissies, et une portion de la paroi abdominale. Dans ce foyer, du volume du poing, on voyait des matières liquides épanchées provenant de la vessie. Celle-ci est enlevée avec la verge et ouverte par la face antérieure. Elle est remplie presque entièrement par un cancer encéphaloïde avec bourgeons nombreux. Ce cancer prend

naissance sur presque toute la surface muqueuse de la vessie : le bas-fond seul est sain. Au sommet existe un noyau cancéreux volumineux qui a détruit les tuniques de la vessie et amené la perforation. Les parois vésicales sont considérablement hypertrophiées : dans l'intérieur, se trouvent des caillots sanguins en certaine quantité et très peu d'urine.

La *prostate* est saine; le lobe droit est légèrement hypertrophié. Dans le canal de l'urèthre, aucune déchirure, pas de rétrécissement.

Les *reins* sont volumineux, lourds et gras, surtout le gauche. Ils offrent les caractères macroscopiques de la néphrite parenchymateuse. Les *uretères* sont très distendus, principalement le gauche; leur embouchure dans la vessie est perméable.

Les autres organes sont sains. Les *poumons* ne renferment pas de tubercule. Le *cerveau* ne présente aucune lésion.

5. M. RECLUS a opéré à l'hôpital de la Pitié un malade atteint d'un *lipôme* de la partie médiane du front. L'opéré affirme que la tumeur était congénitale. Or les *lipômes congénitaux* sont, on le sait, très rares. M. Duplay, dit M. Reclus, aurait néanmoins observé un cas analogue.

M. CH. H. PETIT. — J'ai pu examiner ce matin à la Pitié, quelques instants avant l'opération, la tumeur dont M. Reclus vient de vous parler. Cet examen m'a remis en mémoire un autre cas de lipôme du front, que j'ai rencontré sur le cadavre, il y a 2 ans; la rareté de ces faits m'engage à saisir cette occasion de vous le communiquer.

Lipome sous-musculaire du front. En juin 1879, j'ai trouvé à Clamart, sur un sujet mâle de 54 ans, qui servait aux exercices de médecine opératoire, un lipôme situé à la partie externe du front, un peu au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. La tumeur avait le volume de la moitié d'une noix; la peau était mobile sur sa surface. La consistance était mollassse, semi-fluctuante. La pression donnait une sorte de crépitation, mais ce phénomène devait être rattaché à un commencement de décomposition, comme nous en avons eu la preuve après l'extirpation de la tumeur, en constatant dans son épaisseur l'existence de bulles gazeuses. Il n'y avait pas de dépression ni de tache noire centrale comme dans un certain nombre de cas de kyste sébacé. En

déprimant la peau pour l'appliquer plus intimement sur la masse morbide, on ne voyait pas apparaître cet aspect lobulé, en peau d'orange, qui se produit souvent en pareil cas lorsqu'il s'agit d'un lipôme sous-cutané.

La tumeur était située sous le muscle frontal; j'ai parfaitement reconnu les fibres de ce muscle dans l'incision transversale que j'ai faite pour l'énucléer; la face profonde du lipôme adhérait quelque peu au périoste du frontal.

La tumeur était d'une consistance molle uniforme; à la coupe, elle présentait un aspect lobulé; sa coloration était d'un jaune rosé, mais cette teinte particulière, un peu différente de celle qu'offre habituellement le lipôme, me parut uniquement en rapport avec le commencement de putréfaction que j'ai signalé tout-à-l'heure. Malgré cette particularité, la nature lipomateuse de la tumeur m'a paru évidente, ainsi qu'à mon collègue Balzer auquel je l'ai montrée.

Il n'y avait pas d'autres lipômes sur le reste du corps.

Séance du 12 mars 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

6. Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule biliaire au début d'une fièvre typhoïde; par P. L. LEGENDRE, interne provisoire.

Sarah L..., couturière, âgée de 30 ans, entre le 28 février 1881 dans le service annexe de l'hôpital Cochin, dirigé par M. R. MOUTARD-MARTIN.

Cette femme a soigné, il y a un mois, sa petite fille atteinte d'une fièvre typhoïde; l'enfant entraînait en convalescence lorsque la mère éprouva un malaise assez marqué pendant une huitaine de jours; elle se sentait courbaturée, sans appétit, dormait peu et mal. Ses règles vinrent plus abondamment que de coutume, mais elle n'eut pas d'épistaxis.

Tout d'un coup, huit jours avant son entrée, elle éprouva un matin de violentes douleurs abdominales et des nausées qui furent suivies de vomissements abondants, verdâtres et

très amers. Elle s'alita, et, depuis lors, la fièvre ne l'a pas quittée; elle ne mange pas, vomit souvent, et souffre d'une soif ardente.

Elle a depuis hier une diarrhée jaune, liquide, fétide et très abondante, elle entend continuellement des sifflements et des bourdonnements, et, quand elle s'assied sur son lit, est prise de vertiges. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite et à la partie supérieure. Dans la région lombaire, quelques taches rosées lenticulaires. T. A. 40°.

1^{er} mars. Même état. Vomissements porracés assez fréquents. Céphalalgie intense; vives douleurs dans l'abdomen; hyperesthésie modérée de la paroi. T. A. M. 39°, 9. Le diagnostic porté est: fièvre typhoïde avec accidents péritonitiques par propagation de l'inflammation des plaques de Peyer. — Traitement: onctions avec onguent napolitain. Sangsues. Extrait de quinquina, limonade vineuse glacée. Soir: T. A. 39°, 6.

2 mars. Moindre douleur dans le ventre, mais persistance des autres symptômes. Langue sèche. Vomissements et diarrhée. Parole traînante et subdélire. T. Matin, 39°, 4. Soir: 39° 6.

3 mars. Même état, plus un peu de dyspnée; peu de ronchus dans la poitrine. T. 39°, 7 et 40°, 1.

4 mars. Faciès grippé. Recrudescence de douleurs et de vomissements. Dyspnée extrême, refroidissement des extrémités, sueurs abondantes. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort. — Distension des anses intestinales par les gaz, pus dans la cavité péritonéale, surtout abondant dans la région de l'hypochondre droit, où se trouvent des fausses membranes récentes et une vive rougeur du péritoine pariétal. Le pus s'écoule d'une perforation lenticulaire à bords irréguliers, située au fond de la vésicule biliaire. Celle-ci est pleine de pus, et renferme trois calculs de la grosseur d'une noisette et d'aspect mûriforme.

L'estomac et le colon présentent une friabilité extrême. La muqueuse stomacale est le siège d'une rougeur violacée, ecchymotique, exulcérée en quelques points. Tous les éléments lymphoïdes, isolés ou agminés d'un bout à l'autre du tube digestif, sont tuméfiés, infiltrés, mais sans ulcération. Les plaques de Peyer sont volumineuses, turgescents et molles. Psorentérie confluyente dans le gros intestin et jusque dans le rectum. Le foie est volumineux, un peu mou, sans lésions apparentes. La rate volumineuse, de consis-

tance plutôt ferme, les ganglions mésentériques sont friables. Les poumons sont modérément congestionnés.

RÉFLEXIONS. — Il paraît évident que cette malade a succombé à une péritonite consécutive à la perforation de la vésicule biliaire enflammée.

La fièvre typhoïde ne se trouvait qu'au deuxième septénaire, à la période d'infiltration des éléments lymphoïdes de l'intestin. et c'est en quoi ce fait diffère de la plupart des cas de cholécystite suppurée apparaissant dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, M. Hagenmüller, dans une thèse soutenue en 1876 à la Faculté de Paris et basée sur dix-huit observations, n'en cite qu'une seule, tirée de l'ouvrage de Louis, où la cholécystite typhoïde, ignorée pendant la vie, ait été trouvée à l'autopsie d'un sujet mort au huitième jour; encore dans ce cas la vésicule n'était-elle pas perforée. « La vésicule biliaire, dit l'auteur, avait un petit volume et contenait une petite quantité de bile rousse et de matière jaune purulente, médiocrement épaisse. La membrane muqueuse était d'une légère teinte rose. » Par conséquent, dans ce cas, la cholécystite n'avait nullement été cause de la mort. Dans toutes les autres observations, la cholécystite est apparue après le troisième septénaire et le plus souvent même à une époque déjà avancée de la convalescence. Dans la nôtre, au contraire, il est de toute évidence que la cholécystite suppurée précoce a été la cause des accidents péritonitiques qui ont marqué le début de la dothiéntérie; on peut se demander si la présence de trois calculs volumineux et à surfaces rugueuses n'a pas contribué à hâter la perforation des parois de la vésicule, rendues friables par l'inflammation. Il resterait à déterminer si cette inflammation est la conséquence directe de l'empoisonnement typhique ou si elle s'est produite par propagation secondairement à celle de la muqueuse intestinale. C'est ce que des observations ultérieures pourront seules nous apprendre.

M. ROBERT MOUTARD-MARTIN, dans le service duquel le malade a succombé, fait remarquer que les cas de péritonites consécutives à la cholécystite sont très rares. Louis en a publié 2 ou 3 cas; M. Hagenmüller, dans sa thèse, en a rapporté quelques autres. D'après cet auteur, c'est du 3^e au 8^e septénaire que succomberaient les malades atteints de

cette complication, sur la pathogénie de laquelle on est loin d'être fixé. On a soutenu que, dans la fièvre typhoïde, la cholécystite résultait de la propagation de l'inflammation de l'intestin grêle primitivement altéré à la vésicule. Mais, dans le cas dont il s'agit, les lésions intestinales sont trop récentes pour qu'on puisse admettre une semblable interprétation. M. R. Moutard-Martin pense que, dans l'espèce, il faut plutôt considérer la cholécystite comme l'une des manifestations locales de la maladie générale.

7. M. DIETERLEN met sous les yeux de la Société un volumineux *lipôme de l'abdomen*, récemment opéré par M. Marchand.

8. M. DÉJERINE présente le cœur d'un malade, mort dans le service de M. Hardy. Il s'agit d'un cas de *rétrécissement mitral* par coarctation de l'orifice, sans insuffisance concomitante.

M. BARTH rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, un cas analogue. Dans son fait, comme dans celui de M. Déjerine, le malade, après avoir pendant longtemps vécu en bonne intelligence avec sa lésion, succomba à la suite d'accidents pulmonaires presque subits, provoqués par l'existence du rétrécissement.

M. LANDOUZY insiste à propos de ce fait sur la fréquence du rétrécissement mitral chez la femme, et sa rareté chez l'homme. Chez l'homme, le plus souvent, le rétrécissement est consécutif à une aortite. Il n'en était pas ainsi dans le cas de M. Barth.

9. Gangrène de la bouche. — Mort. — Autopsie : Estomac bilobé avec ulcère rond de sa face postérieure. Lame de verre enkystée dans le péricarde ; par MAILÉCOT, interne des hôpitaux, et HUET, externe des hôpitaux.

La nommée Laplace Jeanne, 62 ans, entre le 25 janvier 1881, salle du Rosaire, n° 18, à l'hôpital de la Pitié, service de M. DUMONT-PALLIER.

Nous n'avons malheureusement pu recueillir au sujet de cette femme que des renseignements incomplets, car elle est entrée à l'hôpital dans une période de délire et les personnes qui sont venues la visiter ne la connaissaient

point intimement. Elle aurait eu quatorze enfants. Depuis quelques mois, elle aurait été abandonnée de ses enfants devenus grands et aurait vécu misérablement dans une chambre d'hôtel, se nourrissant mal et faisant des excès alcooliques.

Etat actuel. Au moment de son entrée, cette femme est dans un état d'excitation cérébrale manifeste : elle ne répond à aucune des questions qui lui sont posées et ne prononce que des paroles incohérentes. De temps en temps, elle est prise d'accès pendant lesquels elle porte la main à sa gorge, tirant fortement la peau de la région, comme si elle voulait extraire un corps étranger.

Elle vomit fréquemment des matières bilieuses, et les filles de salle racontent que les matières rendues dans les premiers vomissements qui ont suivi son entrée à l'hôpital exhalaient une forte odeur d'alcool. Langue bonne. Diarrhée abondante ; urines et selles involontaires.

Pas de fièvre ; pas de pneumonie pouvant expliquer l'existence de ce délire. Pas de souffle au cœur, mais seulement quelques intermittences. Les urines recueillies en pratiquant le cathétérisme de la vessie, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Cet état persiste pendant trois jours. Il se produit alors une légère amélioration. Le délire cesse, les vomissements diminuent, mais la diarrhée persiste. La malade mange deux portions chaque jour ; les vomissements se reproduisent bien de temps à autre, mais ils n'amènent que le rejet de matières liquides, bilieuses, non mélangées à des substances alimentaires.

Quelques jours plus tard, nouvelle période d'excitation qui dure deux jours encore. Depuis lors et jusqu'au 27 février, époque depuis laquelle l'observation a été très régulièrement prise, la malade est restée dans un état de très grande dépression, sans jamais présenter cependant de symptômes fébriles. Les vomissements et la diarrhée ont persisté, malgré l'administration de la potion suivante : laudanum de Sydenham 15 gouttes ; sous-nitrate de bismuth, 8 grammes ; julep, 120 grammes.

25 février. Apparition au niveau de la moitié gauche du menton et de la moitié inférieure de la joue correspondante d'une rougeur et d'une tuméfaction notables de la peau. La muqueuse buccale est tuméfiée dans les points correspondants et forme au niveau des gencives un bourrelet anormal très marqué. L'haleine est extrêmement fétide. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

27 février. A la partie inférieure et externe de la joue, tache gangréneuse de coloration noirâtre et de la largeur d'une pièce de deux francs. Les vomissements et la diarrhée persistent. Selles involontaires.

28 février, 1 et 2 mars. La gangrène s'étend. Œdème considérable des tissus périphériques descendant jusqu'à la clavicule et remontant jusqu'à la racine du cuir chevelu. Haleine d'une fétidité extrême. Prostration profonde; refus de tout aliment.

3 mars. Même état. L'œdème est plus accusé que la veille et donne à la physionomie de la malade un aspect repoussant. Subdélirium. — Mort dans la soirée.

AUTOPSIE. — La putréfaction s'est rapidement développée autour des points gangréneux notés pendant la vie. Ceux-ci sont en effet entourés par une zone de coloration verdâtre s'étendant à toute la joue gauche, jusque dans la fosse temporale, envahissant le menton, une partie de la joue droite, tout le cou, gagnant les épaules et descendant enfin à 4 ou 5 travers de doigt au-dessous des clavicules. Dans toute cette étendue, on sent une crépitation spéciale due à la présence des gaz développés dans le tissu cellulaire sous-cutané. La gangrène s'étend en outre à la muqueuse buccale du côté gauche.

Thorax. A l'ouverture du thorax, épanchement peu abondant et de couleur roussâtre dans les 2 plèvres. Le poumon droit est libre d'adhérences dans toute son étendue, le gauche est seulement fixé au diaphragme par quelques adhérences anciennes; il est libre dans tout le reste de la poitrine. Ces organes sont sains à la coupe. — **Cœur.** Pas de liquide dans le péricarde. Le cœur y est libre excepté en un point circonscrit de la face postérieure, près de la pointe. Le toucher fait reconnaître à cet endroit l'existence d'un corps dur qui, de prime abord, paraît être un fragment de lame de couteau. Le cœur est détaché avec soin et enlevé avec la portion du feuillet fibreux du péricarde qui lui adhère. Nous pouvons constater alors que le corps dur, pris tout d'abord pour une lame de couteau, est une lame de verre. Elle a la forme de l'outil dont se servent les charpentiers pour creuser les mortaises, c'est-à-dire qu'elle se compose d'une partie rectangulaire à laquelle fait suite une partie triangulaire, à pointe dirigée en bas. Elle mesure dans sa longueur 4 centimètres $1/2$ et dans sa largeur 7 millimètres. Elle suit la direction du sillon interventriculaire postérieur et se trouve emprisonnée entre les 2 feuillets viscéral et pariétal du péricarde qui ont contracté

autour d'elles de solides adhérences, et lui forment ainsi une loge complète. Elle descend un peu au-dessous de la pointe du cœur, sans perforer le péricarde ni le diaphragme adhérents normalement à ce niveau.

Les parois du cœur gauche sont hypertrophiées, mais tous les orifices de cet organe sont absolument sains.

L'œsophage est également sain. Il ne présente ni cicatrice, ni rétrécissement, ni ulcération.

Aorte. Plaques d'athérome dans toute l'étendue de la crosse aortique, principalement dans la portion horizontale. Quelques points athéromateux disséminés dans le reste de son étendue.

Abdomen. Épanchement assez abondant de même nature que celui des plèvres. Dans le petit bassin et dans la fosse iliaque droite, fausses membranes récentes, molles, friables, se montrant surtout au niveau de l'utérus et du cœcum. — *Petit et gros intestin:* Normaux.

L'estomac est vide. Au premier abord, il paraît très petit, mais après un examen plus attentif on s'aperçoit bientôt que ce que l'on prenait tout d'abord pour l'estomac n'en est en réalité qu'une partie. Cet organe, en effet, se compose de deux portions réunies par un conduit rétréci. La portion gauche, la plus volumineuse, est un peu moins grande que la paume de la main. Elle a une forme se rapprochant beaucoup de celle d'un estomac entier. Elle communique avec l'œsophage qui s'ouvre normalement dans sa cavité, et, par le conduit rétréci, avec l'autre portion. Celle-ci, ou portion droite, est environ d'un quart moins volumineuse que la précédente. Sa forme en est aussi un peu différente; elle est fusiforme et communique à gauche avec la portion précédente et à droite avec le pylore qui a conservé son aspect normal. Quant à ce conduit rétréci qui réunit les deux estomacs et qui en présente le même aspect, il est long de 2 centimètres et ses dimensions rappellent environ celles du doigt indicateur. Ses parois sont très épaisses; aussi admet-il à peine le petit doigt dans sa cavité.

Cet estomac bilobé est vide et ses deux faces sont appliquées l'une contre l'autre. Aucune fausse membrane ancienne ou récente ne fait adhérer la face antérieure aux parties voisines: paroi abdominale, diaphragme, foie, rate. Les connexions des deux bords avec les épiploons grand et petit paraissent normales. Tel est l'aspect de la face antérieure. La face postérieure présente la même conformation, seulement, vers la partie interne de la portion gauche ou œsophagienne, à 1 centimètre environ du conduit indiqué et à égale distance des deux bords supérieur et inférieur, on

remarque une perte de substance, comprenant toutes les tuniques de l'estomac infundibuliforme, présentant du côté de la séreuse le diamètre d'une pièce de 50 centimes, et du côté de la muqueuse seulement celui d'une pièce de 20 centimes.

L'estomac étant incisé suivant sa face antérieure, on constate alors que ses parois sont très épaisses, surtout à gauche, épaisseur qui varie de 4 à 8 millimètres, selon le degré d'hypertrophie des fibres musculaires. La muqueuse est ferme et présente des replis nombreux et très prononcés. Au niveau de l'ulcération précédemment décrite, elle ne disparaît pas brusquement, comme il arrive dans les ulcérations récentes, mais elle semble plutôt se réfléchir et se continuer avec les tuniques sous-jacentes. Cette ulcération est donc probablement ancienne. Malgré cela, on n'a trouvé dans le péritoine aucun épanchement de matières stomacales. Il est vrai qu'à ce niveau la paroi postérieure était en rapport avec le pancréas, et que celui-ci faisait probablement office de bouchon. Peut-être existait-il en ce point des fausses membranes unissant les deux organes et formant le fond de l'ulcération? Malheureusement, c'est là un point sur lequel nous ne pouvons donner de notion précise, les accidents observés pendant la vie ne nous ayant pas conduit à soupçonner l'existence de cette perforation trouvée à l'autopsie. Ce qu'un examen attentif nous permet d'affirmer, c'est qu'il n'y avait aucune communication anormale entre l'estomac et une partie quelconque du petit et du gros intestin, et, qu'en dehors de l'ulcération précédente, il n'y en avait aucune autre ni dans l'estomac ni dans les organes voisins, pouvant indiquer ainsi la voie qu'à suivie le corps étranger pour arriver jusqu'au péricarde.

Foie et reins sains. — Rate. Vers le 1/3 inférieur de la face externe, bande transversale occupant toute la largeur de la face et haute de 1 cent. 1/2 à 2 cent., d'aspect blanchâtre, comme fibreux, à surface mamelonnée. Une incision faite en ce point montre que le tissu nouveau est exclusivement développé aux dépens de la capsule. — *Organes génitaux.* Vessie et utérus sains. Un petit kyste gros comme une noix dans l'ovaire gauche. — *Méninges et cerveau:* sains.

RÉFLEXIONS. — En résumé, il ressort de cette observation deux points particulièrement intéressants : 1° la forme bilobée de l'estomac, disposition probablement congénitale, étant donné l'absence complète de cicatrice au niveau du conduit faisant communiquer les deux portions de la cavité stomacale; 2° la présence dans le péricarde d'un corps étran-

ger relativement volumineux, parfaitement toléré, probablement depuis longtemps déjà, et qui n'a déterminé dans les organes voisins aucune lésion apparente capable d'indiquer le trajet qu'il a suivi avant de se loger ainsi définitivement entre les deux feuillets péricardiques.

10. Cancer de la trachée et de l'œsophage. — Compression des nerfs récurrents. — Aphonie complète. — Symptômes rappelant ceux du cancer laryngien; par le D^r H. BARTH, interne, médaille d'or des hôpitaux.

Tesson (Edme), âgé de 60 ans, marchand des quatre saisons, entre le 30 décembre 1880 à l'hôpital de la Pitié, dans service de M. le professeur BROUARDEL.

Cet homme, habituellement bien portant et d'un tempérament vigoureux, se dit malade depuis trois mois et demi environ. A cette époque, il a commencé à maigrir, à perdre ses forces; il a eu plusieurs hémoptysies. Peu à peu, sa voix s'est altérée, est devenue enrouée et rauque; enfin, il a éprouvé une gêne croissante de la respiration et s'est vu forcé d'interrompre son travail. Le repos et quelques soins reçus chez lui n'ayant amené aucune amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital.

Le 1^{er} janvier 1881, on constate l'état suivant: le malade est très amaigri, d'une pâleur cachectique. La voix est rauque, voilée, par instants, complètement aphone; dès que le malade essaye de parler, il est saisi d'une toux quinteuse, très pénible, qui amène l'expectoration de crachats épais, légèrement spumeux, d'une teinte rosée toute particulière. La dyspnée, modérée au repos, s'exagère par le moindre mouvement et il se produit alors un peu de cornage. Le malade porte fréquemment la main à sa gorge, et indique son larynx comme étant le siège unique du mal; il a la sensation d'une gêne douloureuse à ce niveau, et cette douleur est notablement augmentée par une pression même légère. L'examen du thorax révèle tous les signes d'un emphysème généralisé: sonorité tympanique des deux côtés, surtout en avant et aux bases; respiration rude, sibilante et prolongée; pas de râles humides. L'appétit est conservé; il n'y a aucune gêne de la déglutition; les digestions sont régulières; pas de diarrhée. La température est normale, il n'y a jamais de sueurs la nuit. On diagnostique un cancer du larynx.

8 janvier. La situation du malade s'aggrave rapidement: l'amaigrissement, la cachexie sont extrêmes. La voix est complètement aphone et il existe un cornage bruyant, avec un peu de tirage épigastrique; la toux persiste, quinteuse,

fréquente, et chaque jour le malade remplit un crachoir de matières écumeuses, tenaces, à teinte rosée, dont il a déjà été question. La sensibilité à la pression est excessive au niveau du larynx et de la partie supérieure de la trachée. L'inspection de la gorge ne révèle rien d'anormal; quant à l'examen laryngoscopique, on a dû y renoncer en présence de l'extrême susceptibilité du pharynx et des paroxysmes de toux et d'étouffement déterminés par le moindre contact. L'auscultation des poumons donne toujours des résultats négatifs, mais l'emphysème et le cornage suffiraient à marquer les signes de lésion pulmonaire, s'il en existait.

L'opération de la trachéotomie est discutée, mais jugée inutile, en raison de l'âge et de l'état profondément cachectique du malade.

Les jours suivants, l'état général se modifie peu; il n'y a pas d'accès de suffocation, mais une gêne permanente et très marquée des fonctions respiratoires. Peu à peu, la face prend une teinte cyanique, et, le 16 janvier, le malade succombe à l'asphyxie progressive.

AUTOPSIE. — On trouve le *larynx parfaitement sain*: la muqueuse laryngienne est intacte; l'épiglotte et ses replis, les cordes vocales ne présentent aucune altération. Mais, la trachée, l'œsophage et les ganglions voisins sont envahis par un cancer à forme végétante qui s'est développé à la fois du côté du conduit trachéal et du canal œsophagien, et qui les soude intimement l'un à l'autre.

Du côté de la trachée, la néoformation commence à la hauteur du premier anneau et s'étend jusqu'au dixième; dans toute cette région, la muqueuse trachéale se montre entièrement envahie par des bourgeons cancéreux saillants, qui oblitèrent presque complètement le conduit trachéal; très épais en arrière, ils vont en s'aplatissant sur les parois latérales et en avant, et forment autour du calibre trachéal une circonférence presque complète, sauf du côté gauche, qui est épargné dans une largeur de quelques millimètres. Les bourgeons sont arrondis, blanchâtres, d'une consistance ferme et résistante; à la coupe, ils offrent une trame fibreuse, ramifiée, perceptible à l'œil nu; on n'obtient aucun suc par le raclage. En bas, la néoformation cesse brusquement par une sorte de bourrelet saillant, au-dessous duquel on retrouve la muqueuse trachéale avec ses caractères normaux.

A la même hauteur, mais dans une étendue encore plus grande, l'œsophage offre des lésions analogues; des bourgeons agminés, dont la surface rappelle l'aspect d'un chou-

fleur, occupent la paroi antérieure du conduit œsophagien, et font saillie dans son calibre, mais sans l'oblitérer. Nulle part, non plus que dans la trachée, ces bourgeons ne paraissent ulcérés. Beaucoup plus bas, vers la région dorsale moyenne, un petit bourgeon, parfaitement isolé, fait saillie dans l'œsophage; il occupe exclusivement la couche muqueuse et se détache aisément de la tunique musculieuse.

Les ganglions cervicaux profonds qui côtoient la trachée et l'œsophage sont envahis par le néoplasme et complètement dégénérés. Les nerfs récurrents, englobés entre ces ganglions, l'œsophage et la trachée malades, sont étouffés dans cette masse morbide et entièrement méconnaissables.

Les poumons sont fortement emphysémateux, très augmentés de volume, et présentent de l'œdème et de la pneumonie bâtarde aux bases. Les bronches, saines dans toutes leurs ramifications, sont remplies d'un magma puriforme et rosé, semblable à l'expectoration observée pendant la vie. En un grand nombre de points, le tissu pulmonaire renferme de petites nodosités cancéreuses limitées à un lobule et atteignant au plus le volume d'une petite noisette. A la coupe, ces nodosités offrent une grande ressemblance avec les végétations trachéales et œsophagiennes. Elles procèdent évidemment de la même origine.

L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules pavimenteuses, développé primitivement aux dépens des glandes de l'œsophage.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est remarquable à divers points de vue. En premier lieu, elle nous montre un cancer de la trachée développé exclusivement dans la première portion (cervicale) de ce conduit, sans propagation au larynx. L'envahissement rapide des nerfs récurrents détermine l'aphonie, et ce phénomène, joint à l'absence de déformation extérieure des cerceaux cartilagineux, fait croire à l'existence d'un cancer du larynx. La trachéotomie, heureusement, n'a pas été tentée, car étant donné la disposition de la tumeur, le bistouri fût venu tomber en plein dans les bourgeons cancéreux; l'hémostase aurait été impossible; l'introduction de la canule aurait offert d'insurmontables difficultés, et le malade serait probablement mort sur la table d'opération.

Une autre remarque intéressante est la rapidité de la cachexie dans ce cas: le début remontait à quatre mois à

peine; il n'existait pas d'ulcération étendue; les fonctions digestives n'étaient pas entravées, et cependant le malade était tombé rapidement dans le dernier degré du marasme, sans doute par le fait de l'insuffisance respiratoire.

En dernier lieu, cette observation justifie l'opinion de Cornil et Ranvier d'après lesquels le cancer de la trachée n'est jamais primitif. Malgré la prédominance des symptômes trachéaux, cet épithélioma était d'origine œsophagienne, comme l'a prouvé l'examen histologique.

M. RECLUS rappelle, à propos de cette communication, l'utile parti qu'on peut tirer des sondes à demeure dans le cas de cancer de l'œsophage avec dysphagie.

11. M. BARTH montre le *bassin* et le *rein* d'un *tuberculeux*, au niveau desquels on voit les lésions de la tuberculose à son début.

12. Aphasie, symptôme initial de la méningite tuberculeuse. — Amas de tubercules au niveau des scissures de Sylvius et de Rolando du côté gauche, et des circonvolutions avoisinantes, sans altération de la substance cérébrales; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

François Launay, 27 ans, serrurier, entre le 21 février 1880, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis n° 20, dans le service de M. MILLARD.

C'est un sujet de taille moyenne, peu robuste; il arrive à la consultation à pied et nous adresse quelques paroles incompréhensibles. Il paraît saisir nos questions et manifeste le désir d'y répondre, mais les mots lui font défaut, il est manifestement aphasique. De là, l'impossibilité d'obtenir aucun renseignement sur ses antécédents. Dans l'après-midi, ses réponses deviennent à peu près intelligibles et nous croyons comprendre qu'il a depuis un mois de la céphalalgie. Il a les doigts légèrement hippocratiques, un peu de bronchite et quelques râles aux sommets. La langue est sale, les pupilles sont égales, le ventre est plat. — P. 66. T. 38°, 2. La sensibilité est conservée.

22 février. Même aphasie sans symptôme paralytique. Il n'y a pas eu de convulsions. Quant le malade se lève, sa démarche est hésitante, il chancelle. Les pupilles sont égales. L'appétit est diminué, la langue encore sale. M. Millard pense à une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche, sans pouvoir en préciser la nature. T. 38°, 4. Huile de ricin. Six ventouses scarifiées à la nuque.

22 février. Pas de vomissements. Céphalalgie encore vive. Le sujet reste dans le décubitus dorsal ou latéral sans attitude caractéristique. Il est impatient de l'examen et l'aphasie persiste. Iodure de potassium 1 gr. T. 38°,6 matin et soir.

23 février. On peut produire à l'abdomen la tache méningitique. Raideur intermittente du cou. La sensibilité est conservée; les muscles très excitables à la percussion. Le malade a l'usage de certains mots et semble comprendre les signes. Il peut du reste encore se lever, met ses chaussures, va aux cabinets, conserve en un mot son intelligence. Pas de vomissement, pas de spasme pharyngien. Pupilles dilatées paresseuses. T. 38°,6. — Malgré l'imperfection de l'examen clinique, il est impossible maintenant de diagnostiquer autre chose qu'une *méningite tuberculeuse*.

24 février. Même état, l'alimentation s'accomplit facilement. Aphasie toujours nette; il répond *oui* à toutes les questions, ne peut dire son nom. Un peu de toux, langue sèche, fuligineuse. T. 38°,8. Iodure de potassium, 2 gr. Vésicatoire à la nuque. — Soir. P. 76. T. 39°. Quelques actes déraisonnables; le malade se lève sans savoir où il va. Le soir sa seule réponse est *non*. Sensibilité conservée. Respiration régulière un peu suspirieuse. Légère raideur du cou. Tache méningitique toujours nette.

25 février. P. 72. T. 38°,4. Iodure 3 gr. — Soir P. 80. T. 38°,6. Il est impossible d'obtenir une réponse. Raideur de la nuque.

26 février. Agitation nécessitant la ligature des pieds et des mains. P. 84. T. 38°,6. Iodure 4 gr. Rétention d'urine. Constipation, respiration suspirieuse, raideur de la nuque plus prononcée. — Soir T. 39°. P. 124, Je pouls est régulier. Respiration stertoreuse, soupirs, sorte de grognement intermittent. Décubitus dorsal, paupières demi-closes, pas de résolution des membres, carphologie. Perte absolue de l'intelligence sans anesthésie, pas de contractures. Rétention d'urine. Pas d'albuminurie.

27 février. T. 38°,8. P. 112. Langue sèche, machonnement, soupirs, pupilles dilatées. Raie méningitique toujours très nette. Iodure 5 gr. — Soir, T. 39°. P. 112.

28 février. P. 136, irrégulier. Dilatation de la pupille gauche. Constipation, rétention d'urine. Pas de résolution des membres, ni de contracture, respiration stertoreuse. Mort à 4 heures de l'après midi.

AUTOPSIE. — Les *poumons* sont infiltrés de granulations tuberculeuses, surtout au niveau des lobes supérieurs; à

gauche, cavernule au sommet. Quelques tubercules présentent un centre jaune, caséux. — *Cœur sain*. — *Reins*. Quelques tubercules de la substance corticale. — *Intestins*. Les plaques de Peyer présentent sur plusieurs points des ulcérations cratériformes; il en est de même d'un certain nombre de follicules clos isolés. — *Foie*. Quelques granulations tuberculeuses à la surface. Pas de tubercules de la rate.

Encéphale. On constate des deux côtés, sur la convexité des hémisphères, un œdème sous-arachnoidien considérable. A droite, peu de lésions, quelques granulations isolées, peu d'adhérence des méninges à la surface des circonvolutions. A gauche, au contraire, lésions remarquables. Il existe un exsudat épais, jaunâtre, dans l'épaisseur des méninges qui recouvrent la frontale ascendante, la seconde frontale et un peu la pariétale ascendante, exsudat qui pénètre aussi dans la scissure de Sylvius et la scissure de Rolando. En détachant la pie mère, on constate que cet exsudat est constitué par un grand nombre de granulations tuberculeuses presque confluentes sur plusieurs points.

La partie postérieure de la deuxième frontale est légèrement teintée de rouge et ramollie à sa surface, la troisième est intacte.

Léger exsudat au niveau du cervelet et à la base sur la protubérance. Rien dans les méninges spinales. Pas de tubercules de la substance cérébrale ni médullaire.

13. M. GALLIARD présente en second lieu un *foie* atteint de *cirrhose* consécutive à de la lithiase biliaire.

14. M. DE GENNES montre deux *caillots* trouvés dans l'oreillette droite d'un malade mort de *pneumonie*; au centre de ces caillots existait un détritüs puriforme.

15. *Tumeur lymphadénique (intra et extra-crânienne) de la voûte du crâne*; par Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Martin Pierre, 45 ans, charretier, entre le 16 janvier 1881, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 36, (service de M. TRÉLAT.)

D'un passé pathologique assez complexe, mais peu intéressant au point de vue de l'affection qui l'amène à l'hôpital (dysenterie, rougeole, pleurésie, bubons, etc...), deux faits seulement sont à noter : c'est d'abord qu'il n'a pas eu la syphilis et qu'ensuite aucun membre de sa famille ne semble avoir été atteint de tumeur d'aucune sorte.

Depuis près de deux ans, tous les quinze jours ou trois

semaines environ, ce malade était pris de douleurs frontales constrictives, siégeant surtout à droite, débutant toujours par un éblouissement durant un jour ou deux, et se terminant souvent par des vomissements alimentaires ou bilieux. Dans l'intervalle de ces accès, sa santé était excellente.

Au commencement d'octobre dernier, son tombereau s'étant renversé en arrière, il reçut une contusion très violente au-dessus de la bosse frontale *gauche*, et c'est environ une quinzaine de jours après cet accident qu'il remarqua pour la première fois, au-dessus de la bosse frontale *droite*, une petite tumeur du volume d'une amande, absolument indolente spontanément et à la pression.

Jusque-là, ses *migraines*, comme il dit, n'avaient pas été modifiées; mais, depuis cette époque, à mesure que la tumeur a grossi, les douleurs de tête sont devenues de plus en plus fréquentes, presque quotidiennes, et ont changé de caractère; au lieu d'une sensation de constriction, il raconte que, par moments, il lui semble que sa tête va éclater. Ces accès douloureux, qui commencent presque toujours le matin, durent 5, 6, 8 et quelquefois 10 heures.

A son entrée à l'hôpital (17 janvier), cet homme, d'apparence moyennement robuste, ne se plaint que des douleurs dont nous venons de parler et de sa tumeur. Située au-dessus et en arrière de la bosse frontale droite, cette tumeur, légèrement aplatie et irrégulièrement arrondie, est plutôt oblongue dans le sens antéro-postérieur; elle a, en effet, les dimensions suivantes: 73 millimètres d'avant en arrière et 61 millimètres transversalement. Elle n'adhère pas à la peau, laquelle, assez tendue à ce niveau, n'offre pas de changement de coloration.

A la palpation, elle paraît un peu plus bosselée, d'une consistance assez ferme, sans fluctuation. Si l'on vient à la presser entre les doigts, outre que l'on constate son indolence absolue, on obtient une sorte de crépitation qui n'a pas le caractère neigeux des caillots sanguins, mais qui ressemblerait plutôt, comme le fait remarquer M. Trélat, à l'écrasement de petites aiguilles osseuses. C'est surtout vers la périphérie qu'on constate cette pseudo-crépitation et qu'il semble exister également un certain épaissement de l'os. Absolument irréductible, même partiellement, la tumeur n'est le siège d'aucun battement; à l'auscultation, on n'y entend aucun souffle.

Outre les douleurs de tête signalées plus haut, le malade raconte que, lorsqu'elles sont très vives, il éprouve souvent des vertiges et des étourdissements passagers; il semble,

de plus, avoir quelquefois de l'amblyopie. Quand son accès douloureux est passé, il reste somnolent et un peu hébété pendant environ une heure, puis ne se ressent plus de rien jusqu'à l'accès suivant, c'est-à-dire au lendemain.

Actuellement, il n'a que bien rarement des vomissements ; jamais il n'a eu de convulsions, ni de contractures, ni de perte complète de connaissance. Pas de trouble sensoriel. Aucune différence dans la force musculaire à droite ou à gauche, non plus que dans la sensibilité.

Après cet interrogatoire et cet examen, M. Trélat porte le diagnostic : ostéosarcôme avec saillie probable intracrânienne. Pour essayer de calmer un peu les vives douleurs dont il se plaint, on lui prescrit 30 centigrammes de sulfate de quinine et 3 milligrammes d'acide arsénieux.

Au bout de quelques jours, le malade éprouve un mieux très sensible ; il affirme que, chaque jour, son accès douloureux a diminué d'une demi-heure environ, si bien que, le 1^{er} février, il souffre à peine pendant une heure. Néanmoins, sa tumeur continue à grossir rapidement ; depuis son entrée (15 jours), elle a augmenté de 12 millimètres en longueur et de 15 millimètres en largeur ; diamètre antéro-postérieur 85 millimètres, diamètre transverse 76 millimètres.

14 février. Les douleurs sont revenues depuis les quelques jours qu'on a suspendu le traitement. Elles n'ont plus le même caractère aigu et ne reviennent plus sous forme d'accès quotidiens comme auparavant ; elles sont maintenant plus sourdes et presque continuelles. Le malade, en outre, s'affaiblit beaucoup aussi bien moralement que physiquement ; depuis un mois qu'il est à l'hôpital, l'intelligence baisse notablement ; quant à la faiblesse musculaire, elle n'est pas plus marquée à droite qu'à gauche. Pas de troubles oculaires bien manifestes, quelquefois cependant léger brouillard devant les yeux. — Diamètre antéro-postérieur de la tumeur, 91 millimètres ; diamètre transverse, 83 millimètres.

21 février. Le malade ne peut plus se lever ; dès qu'il essaye de se mettre debout, sa tête tourne, ses jambes vacillent et il manque de tomber ; il se trompe sur le nombre de doigts qu'on lui montre.

25 février. A la visite du matin, nous le trouvons franchement hémiplegique du membre supérieur et du membre inférieur gauche ; rien à la face. Il ne répond presque plus aux questions qu'on lui adresse.

1^{er} mars. La tumeur atteint près de 10 centimètres en longueur et de 9 en largeur, elle a donc augmenté d'envi-

ron 3 centimètres dans tous les sens depuis six semaines. état comateux, respiration stertoreuse.

2 mars. Mort sans convulsion ni contracture.

AUTOPSIE. — L'examen du crâne seul a été autorisé. Les téguments sont absolument sains; à peine peut-on noter un suintement sanguin un peu plus abondant que de coutume. Le cuir chevelu se détache très facilement du péricrâne, dont on peut suivre la continuité à la surface de la tumeur, à laquelle il n'adhère pas.

La boîte crânienne est divisée par deux traits de scie, l'un horizontal, passant au lieu d'élection, l'autre vertical, suivant le grand axe antéro-postérieur de la tumeur, laquelle se trouve ainsi divisée en deux parties sensiblement égales.

Examinons successivement : 1° la tumeur, 2° le cerveau.

1° *Tumeur*. — La coupe antéro-postérieure permet d'apprécier facilement les rapports du néoplasme avec l'os, la dure-mère et les enveloppes cérébrales proprement dites. Par suite, la tumeur peut être considérée comme formée de trois départements, l'un entre l'os et le péricrâne, le seul qu'on ait pu observer cliniquement, l'autre situé entre l'os et la dure-mère décollée, le troisième enfin, beaucoup plus petit, plus rond, surajouté comme un mamelon aux lobes précédents et faisant saillie entre la dure-mère éraillée et la masse encéphalique recouverte de la pie-mère. Ces trois départements n'ont pas d'ailleurs le même aspect : les deux premiers sont parfaitement analogues comme consistance charnue et ferme, comme couleur gris-rougeâtre; le troisième est plus mou, plus pâle, il rappelle en un mot l'aspect encéphaloïde. Le second est le plus volumineux : il offre à peu près la même étendue circonférencielle que la portion extra-crânienne de la tumeur (nous avons indiqué plus haut ces dimensions sur le vivant), mais il fait, à l'intérieur du crâne, une saillie plus considérable. Mesurés perpendiculairement sur cette coupe verticale, ces trois segments ont en effet une saillie, le premier de 18 millimètres au-dessus du crâne, le second de 32 millimètres au-dessous du crâne, le troisième de 12 millim. à peine au-dessous de la dure-mère.

L'œil suit mal la continuité de la *voûte crânienne* à travers la tumeur : elle n'est représentée que par une ligne plus blanche, plus brillante que les parties voisines. Mais, fait important, on voit nettement se détacher de ses deux faces des aiguilles, longues de 6 à 8 millim., qui s'enfoncent perpendiculairement dans les masses charnues sus et sous-crâniennes. C'est le même aspect, quoique beaucoup

moins marqué que nous retrouvons au niveau de l'interligne qui sépare les portions sus et sous-dure-mériennes. Il est facile en effet au palper de reconnaître une différence très notable les premières sont des aiguilles osseuses, friables, vibrantes sous l'ongle, les secondes au contraire ne sont que des travées de nature fibreuse.

La *dure-mère* est parfaitement reconnaissable dans la plus grande étendue de son trajet intra-néoplasique ; ce n'est qu'au point culminant qu'elle fait place à l'aspect rayonné que nous venons de signaler ; il semble qu'elle ait été perforée à ce niveau pour laisser échapper une hernie de la tumeur.

La *pie-mère* est partout continue à elle-même, sans adhérence solide avec le néoplasme qui la refoule, mais se détachant assez difficilement du cerveau ; il existe en ce point de la méningo-encéphalite adhésive très manifeste.

La coupe transversale reproduit les mêmes aspects ; nous n'y insisterions donc pas, si elle ne nous permettait de constater que la tumeur dépasse la ligne médiane dans une étendue de 1 centimètre 1½ environ ; le sinus longitudinal supérieur est un peu décollé et légèrement dévié à gauche.

2° *Cerveau*. — Le premier fait qui frappe sur la coupe antéro-postérieure, outre l'aplatissement considérable du lobe frontal sur lequel nous allons revenir, c'est l'existence d'un foyer hémorragique de date récente : il siège à 1 centimètre environ au-dessous de la tumeur, dont il est franchement séparé par une tranche de tissu cérébral sain. A un examen plus attentif, on voit qu'il s'agit d'une hémorragie intra-ventriculaire, mais il est difficile de préciser si elle n'occupe que le ventricule moyen ou si elle s'étend dans les ventricules latéraux.

Isolé du crâne, le cerveau présente une dépression énorme sur le lobe antérieur droit avec refoulement léger du lobe gauche correspondant. La substance cérébrale mesure à peine en hauteur une épaisseur de un centimètre et demi. Ce sont les trois premières circonvolutions frontales qui ont subi cet aplatissement ; quant à la frontale ascendante, elle forme la limite de la compression et n'est que très légèrement touchée.

Examen histologique de la tumeur. — Le tissu assez mou et pulpeux de la tumeur donne par le râclage un liquide tenant en suspension de nombreux éléments cellulaires, ronds, d'un diamètre moyen de 12 à 15 μ , possédant chacun un ou plusieurs noyaux.

A la coupe, on observe des travées de tissu conjonctif, s'entrecroisant dans tous les sens et circonscrivant ainsi des

alvéoles remplis des cellules dont nous venons de parler. En outre, on trouve des îlots de tissu osseux intercalés sans ordre dans la masse générale.

L'aspect premier donne donc l'idée d'un carcinôme ; mais si l'on vient à traiter une coupe par le pinceau, on chasse les cellules des alvéoles avec la plus grande facilité, et l'on voit apparaître alors un fin réticulum, de tissu conjonctif, absolument semblable à celui qu'on rencontre dans les ganglions lymphatiques.

Le diagnostic histologique s'impose donc : nous nous trouvons en présence d'un *lymphadénome*. Mais, eu égard à l'extrême rareté de cette variété de tumeur crânienne, le diagnostic clinique *ostéosarcôme* était, hâtons-nous de le dire, le seul possible.

Aspect de l'os macéré. — Il nous semble intéressant de rapprocher de cet examen histologique l'état actuel de l'os après plusieurs semaines de macération dans l'eau, alors que toutes les parties molles ont disparu. Sur toute la surface que recouvrait la tumeur, c'est à dire environ 10 centimètres de long sur 8 de large, la substance osseuse offre un aspect profondément modifié. Ce qui frappe surtout, outre l'amincissement extrême en certains points, vers le centre principalement, c'est l'aspect vilieux, tomenteux de cette surface. La face interne, aussi bien que la face externe, est hérissée d'innombrables stalactites ; les plus longues de ces petites saillies osseuses mesurent à peine 4 à 5 millimètres ; entre quelques-unes, on remarque de petits pertuis : la substance osseuse a donc été complètement détruite à ce niveau. Généralement cependant, entre les saillies, l'os est seulement très aminci.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru des plus intéressantes au triple point de vue de la clinique, de la thérapeutique, et de l'anatomie pathologique.

Au point de vue clinique, elle est une preuve nouvelle de la complaisante tolérance du cerveau en présence des compressions lentes : ce n'est en effet qu'à une période tout à fait ultime que les accidents psychiques et moteurs se sont accusés. Encore convient-il de faire une large part à l'hémorragie ventriculaire, laquelle, disons-le en passant, ne s'était révélée ni par des convulsions, ni par des contractions, ni par des vomissements.... Il est vrai d'ajouter qu'aucun des centres moteurs connus ne nous a semblé directement intéressé. — Quant à la difficulté du diagnostic, nous n'avons pas à y revenir, si ce n'est pour signaler

l'impossibilité presque absolue où l'on se trouvait de prévoir l'étendue des désordres intra-crâniens.

Une intervention thérapeutique était-elle possible? A deux reprises différentes, nous en avons entendu parler par M. Trélat. — La première fois, à l'entrée du malade, lorsqu'il eut posé le diagnostic ostéosarcome avec saillie probable dans la cavité crânienne, M. Trélat se demanda, s'il n'y avait pas lieu de circonvenir la tumeur par une série de couronnes de trépan et d'en faire l'ablation. Toutefois, en présence de la gravité du cas, il crut devoir différer et observer; mais, la marche si rapide des accidents fit bientôt renoncer à toute idée d'intervention. Néanmoins, en présence de la pièce, nous l'entendîmes regretter que le malade n'eût pas été vu à une époque où l'opération eût été possible et peut-être fructueuse.

Quant à l'intérêt anatomique, il suffit de se reporter aux détails de l'autopsie et de l'examen histologique que nous avons donnés plus haut pour comprendre l'importance et la rareté extrême d'un pareil fait.

M. RECLUS pense qu'il s'est agi là, en premier lieu, d'une tumeur intra-crânienne et que la tumeur extra-crânienne s'est développée consécutivement par une migration à travers le crâne des éléments constitutifs de la tumeur.

16. Kyste ovarique ayant présenté le caractère d'une ascite; par GIBIER DE SAVIGNY, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une malade morte dans le service de M. DESPRÉS à la Charité. Cette malade, âgée de 65 ans environ, avait depuis plusieurs années une tumeur du ventre; le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été fait. Ce diagnostic était exact comme l'a montré l'autopsie. D'après les renseignements que nous a donnés cette femme, on lui avait déjà fait plusieurs ponctions dans différents services où elle avait été traitée. Récemment, dans un autre hôpital, après la ponction on lui fit une injection avec une solution de chlorure de zinc.

Quand la malade se présenta pour entrer à la Charité, elle était à peu près agonisante et l'examen de son abdomen nous fit croire à l'existence d'une ascite compliquant un kyste de l'ovaire ou venant apparaître comme phénomène ultime. En effet, la percussion faisait reconnaître une mati-

té limitée en bas et sur les côtés dans le décubitus dorsal ; cette matité se déplaçait suivant les mouvements de la malade, tandis que la sonorité était très évidente dans la région ombilicale. L'autopsie nous montra qu'il s'agissait d'un kyste constitué par une vaste poche, d'une contenance de dix litres environ, implantée sur une tumeur représentant l'ovaire dégénéré, et creusée de plusieurs cavités anfractueuses, de dimensions peu considérables. Ce kyste adhérait assez solidement, dans sa portion antérieure à la plus grande partie de la paroi abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic à une hauteur de quatre ou cinq travers de doigt.

Nous avons dit qu'une injection de chlorure de zinc avait été faite dans cette poche : il en était résulté une suppuration du kyste avec production du gaz ; du liquide s'était reformé et comme le kyste occupait toute la partie antérieure de l'abdomen où le fixaient des adhérences solides, les gaz occupaient la partie supérieure c'est-à-dire la région de l'ombilic et les liquides s'accumulaient dans les points déclives où ils produisaient la matité à la percussion pendant que les gaz en imposaient pour la masse intestinale. Les intestins étaient refoulés en arrière et en haut.

17. M. GARCIA-LAVIN présente un *ramollissement du cerveau*, intéressant la zone motrice et s'étant traduit, durant la vie, par de l'hémiplégie.

18. M. MARFAUD montre l'*intestin* d'une malade morte de *fièvre typhoïde*. Le gros intestin est parsemé d'un grand nombre d'ulcérations.

Séance du 18 mars 1881.

PRÉSIDENTE DE M. LANDOUZY.

19. M. BALZER présente le *cerveau* d'un malade, du service de M. Fournier, dans lequel on a trouvé des foyers multiples d'*encéphalite*, sans qu'aucune cause ait pu en expliquer l'apparition. L'un des foyers était localisé au niveau de la partie inférieure et moyenne des pariétale et frontale ascendantes. Durant la vie, il y a eu monoplégie brachio-faciale.

M. BALLET, à ce propos, demande s'il existait chez le ma-

lade des lésions cardiaques. Il rappelle qu'il a rapporté ailleurs cinq cas d'abcès du cerveau, survenus sans cause appréciable, chez des malades atteints de malformation du cœur.

M. BALZER dit que, dans le cas particulier, le cœur était sain.

20. Cancer de la première portion du duodénum. — Athérome artériel ; par M. Albert CAYLA, interne provisoire.

Marillier Marguerite, 78 ans, ménagère, entre le 2 mars 1881 à l'hôpital Cochin, annexes, service de M. le D^r Robert MOUTARD-MARTIN.

La malade est dans un état d'amaigrissement considérable, elle nous apprend que, depuis deux mois, elle vomit continuellement. Les vomissements sont alimentaires, jamais elle n'a remarqué dans les matières vomies rien qui puisse faire songer à une hématomatose. Elle a un dégoût profond pour tous les aliments ; à aucun moment, elle n'a eu de diarrhée ; elle se plaint au contraire d'une constipation opiniâtre.

A la palpation de l'abdomen, on sent dans l'hypochondre droit une tumeur dure, oblique de haut en bas et de droite à gauche. L'extrême minceur de la paroi abdominale permet d'en saisir tous les caractères, on sent qu'elle se continue au niveau du bord antérieur du foie avec une tumeur également très dure, avec laquelle elle semble faire corps. En palpant l'abdomen, on sent, au niveau de la colonne vertébrale, un cordon dur qui n'est autre chose que l'aorte. Sa consistance est telle, surtout un peu au-dessus du point où elle se divise en iliaques primitives, qu'il semble qu'on va la casser sous le doigt ; les fémorales sont aussi très dures et flexueuses. Les artères radiales, au contraire, sont très peu athéromateuses.

Pendant les cinq jours que la malade a passés dans le service, les vomissements ont été continuels, elle ne gardait aucune nourriture ; lorsque l'on excitait l'estomac, on provoquait des contractions pendant lesquelles il se dessinait sous la paroi abdominale.

Cette femme meurt le 10 mars, dans le collapsus.

AUTOPSIE trente-six heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, on se rend facilement compte des sensations que donnait la palpation.

L'estomac est fortement distendu ; à la région pylorique, existe une tumeur allongée, dure, d'aspect blanchâtre, oblique de bas en haut et de gauche à droite, qui se continue à la partie supérieure avec la vésicule biliaire, qui contient un volumineux calcul ovoïde, immobile, et qui avait fait croire que la tumeur se prolongeait sous le foie. A la coupe, cette tumeur présente une résistance notable ; l'atréisie de l'intestin est telle, que c'est à peine si l'on peut passer une sonde cannelée.

Le *pancréas* vient adhérer à la face postérieure de la tumeur, sans que pour cela il présente de lésions au moins appréciables à l'œil nu.

Les *reins*, *rate*, ne présentent pas de lésions. Le *foie* présente à la coupe un infarctus de peu d'étendue. L'*aorte* abdominale est dure, rigide, la paroi offre à la coupe une résistance pierreuse, la face interne est irrégulière, il existe des productions sous forme de lamelles tranchantes, dures, qui viennent faire saillie dans la cavité du vaisseau. En remontant vers le thorax, les lésions de l'aorte sont moins accusées.

Le *cœur* est petit, globuleux, les cavités ventriculaires sont très rétrécies, il existe sur les valvules quelques plaques d'athérome. Les parois ventriculaires sont manifestement hypertrophiées. Ainsi donc, peu de lésions de l'organe central de la circulation, malgré une dégénérescence athéromateuse qu'il est rare de rencontrer aussi accusée que chez cette malade.

M. R. MOUTARD-MARTIN fait observer qu'on a pu, durant la vie, diagnostiquer l'athérome par la palpation abdominale.

M. DUCASTEL appelle l'attention sur le petit volume du cœur chez cette malade atteinte de cancer, malgré le degré très prononcé de l'athérome artériel. Il rappelle qu'il a observé, chez les cachectiques, une atrophie du cœur, portant principalement sur les ventricules.

21. Cancer du rectum. — Anévrysme de l'aorte thoracique ; par Albert CAYLA, interne provisoire.

Roiny Renée, 49 ans, ménagère, entre le 16 mars 1881, à l'hôpital Cochin, annexes, service de M. Robert MOUTARD-MARTIN.)

La malade est agonisante, les extrémités sont froides, le pouls radial est à peine perceptible. Elle se plaint d'une

diarrhée depuis plusieurs mois. Le corps est très amaigri, la face présente un teint jaune, les yeux sont excavés, les pommettes saillantes.

17 mars. La malade est dans le même état, elle ne peut fournir aucun renseignement et meurt pendant la visite.

AUTOPSIE, faite le 18, vingt-quatre heures après la mort. — En retirant les poumons de la poitrine, on sent à la partie postérieure, contre la colonne vertébrale, une masse du volume du poing. On retire cette masse avec le paquet des organes thoraciques.

On constate alors une usure de la partie latérale gauche des corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales. L'usure porte surtout sur la portion spongieuse des corps vertébraux.

Les organes retirés du thorax, en suivant l'aorte descendante, on constate une vaste poche anévrysmale. La dilatation du vaisseau commence au-dessous du point où l'aorte croise la bronche gauche. La paroi de la moitié externe de la tumeur est formée par la paroi du vaisseau, doublée d'une couche de caillots de deux millimètres d'épaisseur.

On ne peut plus suivre la paroi vasculaire sur la moitié interne de la tumeur. A ce niveau, la poche est constituée par cette masse volumineuse de caillots, dont la face externe, concave, inégale, forme la paroi interne du sac. La face interne de cette masse appuie directement contre la colonne vertébrale, sur laquelle elle vient se mouler. Cette tumeur présente à la coupe une consistance ferme, les caillots qui la constituent paraissent anciens.

Le cœur ne présente à noter qu'une petitesse extrême, la capacité des ventricules est telle, que l'on peut à peine introduire le pouce dans leur cavité. Les valvules sont saines, l'orifice aortique n'est pas insuffisant. La paroi n'est pas augmentée d'épaisseur. — Les poumons sont congestionnés.

Abdomen. On trouve du pus dans le petit bassin, néanmoins, le péritoine ne présente aucune trace de péritonite. L'utérus est dur, immobilisé, le cul-de-sac recto-utérin a disparu, la vessie est saine. Le segment antérieur de l'utérus est sain, la lèvre postérieure du col est seule détruite. La paroi antérieure du rectum n'est plus constituée que par un tissu grisâtre, ramolli. La lésion remonte jusqu'au-dessus du niveau de l'utérus, qui est maintenant fixé par des adhérences avec le rectum dégénéré.

Le foie seul présente un noyau cancéreux, il occupe le

lobe gauche ; à la coupe, il présente une coloration blanchâtre, il est environ du volume d'une noix.

RÉFLEXIONS.— Nous ferons surtout remarquer, dans cette observation, l'extrême petitesse du cœur, et l'absence complète de lésions aortiques, malgré le voisinage d'une tumeur anévrysmale d'un volume qui atteignait celui des deux poings.

22. Lésion siégeant dans la portion la plus reculée de la face interne du noyau lenticulaire et la partie correspondante du faisceau sensitif, et ayant donné lieu, pendant la vie, à une abolition absolue de la sensibilité générale du côté opposé, sans trouble aucun des sens spéciaux ; par DÉRIGNAC, interne des hôpitaux.

Il y a deux mois, la malade fut subitement frappée d'une hémiplegie, à droite, avec perte de connaissance qui dura quelques heures. Depuis cette époque jusqu'au moment où elle entre à l'hôpital, l'état de la malade, selon son dire, se serait peu ou point modifié. Elle ne peut, actuellement, soulever sa jambe droite ; elle traîne sur le sol la pointe du pied en marchant. Il lui est impossible de mouvoir le bras, et elle serre moins fortement de la main droite que de la main gauche.

La sensibilité est intacte du côté paralysé, les impressions au tact, à la chaleur, à la douleur, sont nettement perçues ; les sensations réflexes sont peu ou point modifiées. Le cœur est sain, les artères sont souples, non flexueuses. On perçoit un peu de retentissement vocal aux sommets du poumon, et il existe, à ce niveau encore, des craquements et un peu de matité à la percussion. Urines, rien.

La malade avoue avoir eu la syphilis il y a dix ans environ (syphilides anales, vulvaires, cutanées) ; elle a actuellement une exostose de la voûte palatine, de la grosseur d'un petit pois. Au sein gauche, nous trouvons, de plus, une tumeur de consistance ligneuse, bosselée, adhérente à la peau qu'elle rétracte sur elle, et accompagnée d'adénopathie axillaire du côté correspondant. Frictions à l'onguent mercuriel ; deux grammes d'iodure de potassium.

6 février. Le bras droit est un peu raide, il aurait été, cette nuit, agité d'assez forts mouvements convulsifs.

17 février. Convulsions dans tout le côté droit du corps. Apoplexie.

19 février. La malade a repris connaissance, héli-

plégie plus accusée encore qu'auparavant; paralysie faciale à droite, hémianesthésie cutanée. La malade reste insensible au pincement, à la piqure, l'impression du tact est absolument abolie, et celle aussi à la température; tout ceci bien entendu du côté droit. Les sens spéciaux ont, par contre, conservé toute leur intégrité; la malade perçoit nettement toute la gamme des couleurs, elle entend une montre à une assez grande distance; le goût n'est point modifié, enfin les odeurs sont aussi nettement perçues du côté droit que du côté gauche.

21 février. Même état.

23 février. Convulsions encore répétées dans tout le côté droit du corps; apoplexie qui dure quelques heures.

24-25 février. L'apoplexie disparaît, et les symptômes subsistent tels qu'ils ont été décrits le 19.

10 mars. Convulsions incessantes dans tout le côté droit du corps.

12 mars. Attaque apoplectique qui se prolonge jusqu'au 15, s'accusant de plus en plus, avec élévation de température et commencement d'eschare sur la fesse droite.

15 mars. Mort dans le même état.

AUTOPSIE. — *Poumons*. Cavernules aux deux sommets; tubercules çà et là disséminés. — *Cœur, aorte*. Rien. — *Foie et reins*. Un peu congestionnés.

Cerveau. Noyaux de consistance molle çà et là disséminés sur la surface du cerveau (frontale et pariétale ascendantes gauches, deux sur le lobe occipital à sa partie la plus reculée, quelques-uns à la partie postérieure de l'hémisphère droit). Sur la coupe de Flechsig combinée avec des coupes verticales, on trouve un noyau analogue aux précédents, de la grosseur d'une lentille, occupant la partie interne et postérieure du noyau lenticulaire et intéressant quelque peu la partie correspondante du faisceau sensitif, la zone la plus reculée et la plus interne de ce dernier, restant absolument intacte.

Le siège de cette lésion, dans la partie la plus externe du faisceau sensitif, celle qui touche à la portion postéro-interne du noyau lenticulaire intéressée elle-même lorsqu'il y avait perte de la sensibilité générale et intégrité absolue de la sensibilité spéciale, plaide en faveur de la localisation qu'a indiquée M. Ballet dans sa thèse.

L'auteur divise le faisceau sensitif en deux zones, dont la plus interne et postérieure seule serait occupée par les fibres des sens spéciaux; et toute lésion laissant intact ce

territoire se ferait sans trouble aucun du côté des organes des sens ; elle s'accompagnerait, d'autre part, de perte de la sensibilité générale si elle venait à intéresser seule la partie externe et antérieure du faisceau. C'est là ce qui s'est montré chez notre malade et ce que nous avons tenu à faire ressortir dans le cours de notre observation. L'examen histologique est seul capable de faire connaître la nature de la lésion que nous avons observée ; c'est là, du reste, en la matière, un fait relativement de peu d'importance, et dont nous donnerons ultérieurement les résultats.

M. BALLET fait observer que ce cas est à ajouter à quatre faits analogues qu'il a récemment rapportés, et plaide en faveur des idées qu'il a émises relativement à la dissociation, dans la capsule, des fibres conductrices des impressions de la sensibilité commune et de celles de la sensibilité spéciale.

23. M. JOUSSET présente un foie cancéreux.

M. COSSY fait remarquer qu'on a certainement exagéré, si on en juge par les cas présentés à la Société anatomique, la rareté des cancers primitifs du foie.

24. M. BLOCH montre un cas de rétrécissement tricuspïdien avec insuffisance.

M. DUCASTEL a vu des cas analogues, consécutifs à des rétrécissements mitraux.

M. R. MOUTARD-MARTIN en a observé pour son compte.

M. LANDOUZY rappelle que M. Durozier en a signalé un certain nombre de cas, chez les enfants.

25. M. LIANDIER présente une fracture du crâne.

26. Rétrécissement pulmonaire.—Communication des deux ventricules ; par PETIT, interne des hôpitaux.

Le nommé Billaud Gaston âgé de 21 ans, profession garçon boucher, entré le 7 février 1881, salle St-Jean, lit n° 22, hôpital Beaujon service de M. FÉRÉOL.

Les parents du malade sont encore vivants ; son père, dit-il, est rhumatisant. Il a perdu trois frères et sœur qui sont morts vers l'âge de 3 à 4 ans ; lui-même, pendant son enfance, n'a été atteint d'aucune maladie sérieuse, il était aussi robuste, aussi vigoureux que les autres enfants de

son âge ; il n'éprouvait pendant les jeux ou exercices fatigants ni essoufflement ni palpitations.

Vers l'âge de dix-huit ans, il contracta une bronchite qui l'obligea à garder le lit pendant six semaines ; au bout de ce temps, bien qu'incomplètement guéri, il reprit son travail de garçon boucher, mais il s'aperçut que sa force musculaire avait diminué et que les efforts un peu considérables lui étaient devenus pénibles ; il remarqua également à cette époque que l'ascension des escaliers, la marche rapide lui occasionnaient de l'essoufflement.

Trois mois plus tard, il entra à l'hôpital St-Antoine pour une varioloïde ; il en sortit au bout de quinze jours, malgré l'avis du chef de service qui lui conseillait de rester davantage, ce qui laisserait à penser qu'on avait dès ce moment constaté chez lui des signes de lésion organique. Trois semaines après, il contracte une nouvelle bronchite et entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du D^r Gombault ; il en sort deux mois après pour retourner dans sa famille (juin 1879).

Pendant son séjour chez ses parents, il est pris d'hémoptysies abondantes et l'oppression, qui persistait depuis sa dernière bronchite, augmente rapidement. Le moindre travail le fatigue outre mesure, il éprouve de fréquents vertiges et se voit contraint de rentrer dans le service de M. Gombault. Il éprouvait à cette époque (mai 1880) de violentes palpitations accrues par le moindre mouvement, et déterminant des accès d'étouffement ; la toux était fréquente, l'expectoration assez abondante ; pas d'hémoptysie. Le diagnostic porté fut celui de malformation congénitale du cœur ; il n'y avait pas de signes de tuberculose pulmonaire.

A cette époque, M. Féréol fut chargé du même service à l'hôpital Beaujon ; il constata, à l'examen du cœur de ce malade, une légère voussure de la région précordiale, avec extension de la matité cardiaque ; à la palpation, les battements sont forts et fréquents et s'accompagnent d'un frémissement cataire systolique assez intense, qui semble maximum un peu au-dessus et en dedans du mamelon. L'auscultation révèle un bruit de souffle nettement systolique, dont le maximum se trouve dans le troisième espace synchondro-sternal gauche ; ce souffle assez rude se propage vers la pointe du cœur, mais diminue rapidement d'intensité si l'on s'éloigne de son foyer maximum dans toute autre direction. A la pointe même, on perçoit un léger dédoublement du premier bruit. Le pouls régulier, égal des deux côtés, n'offre aucun caractère spécial. La face est

légèrement bouffie et présente une teinte cyanique intermittente et d'intensité variable. L'oppression est considérable.

Un peu d'amélioration s'étant montrée dans le courant de juin, le malade quitte de nouveau l'hôpital et retourne chez lui. Il ne tarde pas à être pris de diarrhée, de sueurs profuses, de douleurs vives dans le thorax ; la dyspnée et la toux augmentent. L'expectoration devient plus abondante, l'insomnie presque absolue, aussi se décide-t-il à rentrer une dernière fois à Beaujon, le 7 février 1881.

Il présente à ce moment les mêmes signes fonctionnels et physiques observés en mai 1880, mais, du côté des poumons, on constate de la matité marquée aux deux sommets avec souffle caveux et gros râles humides, marqués surtout à droite. Expectoration muco-purulente abondante. Fièvre hectique.

La maigreur s'est accentuée, les doigts présentent la déformation en massue très marquée. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Les veines du cou sont turgescentes et animées de faibles battements. La face est cyanique, bleuâtre, mais cette coloration disparaît parfois pendant un jour ou deux. — La voix est enrouée, presque aphone, la pression au niveau du larynx est douloureuse. L'appétit est conservé, mais la toux amène de fréquents vomissements ; la diarrhée est presque continue. Le foie dépasse le rebord costal de près de trois travers de doigts. Insomnie habituelle ; quelquefois rêves bruyants.

20 février. Alternatives d'amélioration et d'aggravation. Cyanose intermittente. On constate un léger souffle systolique, doux à la pointe. Le souffle rude siège toujours dans le troisième espace intercostal avec propagation vers la pointe. — Les symptômes de la phthisie pulmonaire et laryngée s'accroissent chaque jour. Dyspnée intense habituelle, allant parfois jusqu'à l'orthopnée.

4 mars. Depuis trois jours, l'état général s'est beaucoup aggravé ; la cyanose de la face est devenue permanente. Le pouls est petit, misérable, mais régulier. L'œdème des membres inférieurs a beaucoup augmenté et a gagné le scrotum et le bas-ventre. L'oppression est extrême.

5 mars. Le malade meurt à sept heures du soir.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — *Cage thoracique.* Nombreuses adhérences pleurales surtout au niveau du sommet des poumons. Pas d'épanchement dans la plèvre.

Les deux poumons sont infiltrés de tubercules à diverses périodes. Cavernes multiples aux deux sommets ; énormes.

me caverne à droite. Ganglions péribronchiques volumineux et caséux. Trois à quatre cuillerées de liquide jaunâtre renfermant des flocons albumineux dans le péricarde qui est lisse et ne présente aucune trace d'inflammation.

Le cœur est notablement hypertrophié, le ventricule droit est volumineux, saillant et pourrait être pris au premier aspect pour le ventricule gauche ; il a treize centimètres de hauteur et douze de largeur à la base. La hauteur totale du cœur est de 17 centimètres $1/2$; son poids, avec les caillots, de 590 grammes.

A la coupe, on constate une hypertrophie considérable des parois du ventricule droit et de la cloison interventriculaire qui semble refoulée dans la cavité du ventricule gauche ; ces parois ont une épaisseur moyenne de 17 à 18 millimètres. L'oreillette droite est également hypertrophiée ; ses colonnes charnues font une saillie notable dans la cavité.

La valvule mitrale est souple et normale. L'orifice aortique est sain ; le calibre de l'aorte est manifestement rétréci. Le canal artériel est oblitéré ; le trou de Botal est fermé par un septum normal. La valvule tricuspide présente quelques traces d'endocardite légère ; son orifice semble dilaté. L'infundibulum de l'artère pulmonaire n'est pas rétréci, mais les valvules sigmoïdes sont épaissies, indurées, soudées par leurs bords et forment une sorte de dôme refoulé du côté du vaisseau et ne présentant à son sommet qu'un petit orifice ovalaire, pouvant à peine admettre une sonde de trousse. Vu par l'artère pulmonaire, ce dôme valvulaire présente assez exactement l'aspect du museau de tanche.

Au premier abord, la cloison interventriculaire semble ne présenter de perforation en aucun point ; mais, en examinant la paroi interne de l'infundibulum pulmonaire, on constate un orifice elliptique d'environ sept millimètres de long sur trois ou quatre de large, situé entre deux colonnes charnues et faisant communiquer les deux cavités ventriculaires. Les bords de cet orifice sont lisses, unis, l'endocarde ne présente à ce niveau aucune trace d'altération. La partie de la cloison interventriculaire au niveau de laquelle les deux endocordes sont adossés, et qui représente le point d'élection des perforations interventriculaires, est absolument saine.

Rien d'important à noter dans les viscères abdominaux : Foie volumineux, d'aspect muscade. Reins congestionnés. Un peu d'ascite.

RÉFLEXIONS. — Ce cas paraît intéressant au point de vue de la pathogénie des lésions et de leur ordre d'apparition.

L'aspect de l'orifice de communication des deux cœurs, son siège anormal en dehors de l'*undefended space* de Peacock autorisent à attribuer à cette malformation une origine congénitale; mais peut-il en être de même pour le rétrécissement pulmonaire? On sait que ce dernier est fréquemment le résultat d'une endocardite fœtale; mais, s'il en était ainsi dans le cas qui nous occupe, comment expliquer l'absence complète de cyanose et de toute espèce de trouble fonctionnel jusqu'à l'âge de 18 ans, puis l'apparition progressive des accidents à partir de ce moment? La *bronchite* dont le malade aurait été atteint vers cette époque et qui marque pour lui le début de sa maladie, ne pourrait-elle avoir été accompagnée d'endocardite ayant amené le rétrécissement pulmonaire? Dès lors, l'obstacle apporté au passage du sang du ventricule droit dans l'artère pulmonaire aurait déterminé, ou tout au moins notablement augmenté le reflux de ce sang veineux dans le cœur gauche par le petit pertuis interventriculaire; de là, les troubles circulatoires et la cyanose progressivement croissants jusqu'à la mort. Les adversaires de la théorie du mélange des deux sangs comme cause de la cyanose, admettent plus volontiers que les deux lésions sont contemporaines et congénitales; dans cette hypothèse, ce serait par une simple modification de pression dans la circulation pulmonaire, que l'affection thoracique survenue dans l'abdomen aurait été la cause occasionnelle des manifestations d'une malformation cardiaque, latente jusqu'à ce moment.

Quoi qu'il en soit, la cyanose intermittente au cours de la maladie est un fait à noter. Quant à la terminaison par tuberculose pulmonaire, elle vient apporter une nouvelle confirmation des conclusions du mémoire de M. C. Paul sur le sujet.

25. M. BERNE montre une *fracture du crâne*. Le cerveau présente les lésions décrites par M. Duplay, sous le nom de *contusion diffuse*.

M. LANDOUZY observe que ce qui est remarquable, dans

le cas particulier, c'est la coïncidence avec le cancer, d'une tuberculose pulmonaire. Il n'y a donc pas un antagonisme aussi constant qu'on l'a soutenu, entre la tuberculose et le cancer.

26. Laryngite chronique. — Œdème des cordes vocales inférieures; par RAMANAT, interne du service et GALLIOT, externe des hôpitaux.

Le nommé X..., valet de chambre, entre le 3 Mars dans le service de M. GOMBAULT. Son père est mort d'une attaque d'apoplexie; sa mère, ses sœurs, sont, dit-il, sujettes à de fréquents accès d'asthme. Comme maladies antérieures, on trouve une fièvre muqueuse, une fracture du bras, un abcès du sternum qui a duré plus de deux mois et qui a laissé une cicatrice déprimée de la peau à la partie moyenne de la face antérieure de cet os. Pas de syphilis.

La sensibilité et la force musculaire sont diminuées du côté gauche sans que l'on puisse trouver une cause satisfaisante de ces modifications. Il a eu sur le bras gauche une éruption de petits boutons qui ont aujourd'hui complètement disparu.

Ce malade est petit, un peu obèse. Il raconte que sa maladie a débuté il y a environ 18 mois. Il fut à cette époque fortement enrôlé: le mal à la gorge était intense, les aliments refluaient par le nez; la voix était presque entièrement éteinte. Cette extinction de voix dura un mois environ, mais la voix ne reprit jamais son timbre antérieur; elle resta voilée.

Il avait quelques accès de toux, et l'expectoration était abondante le matin. La respiration était également devenue gênée; elle était sifflante, surtout lorsque le malade faisait une course ou un effort quelconque, montait un escalier.

Une nuit, il y a douze mois environ, le malade s'était endormi comme d'habitude, lorsque son sommeil fut interrompu par une sensation d'étouffement intense:

Il sauta à bas de son lit et ouvrit sa fenêtre pour respirer plus librement. L'accès se calma et ne se renouvela qu'à d'assez longs intervalles, pendant quelques mois. Mais bientôt les accès de suffocation devinrent plus fréquents et augmentèrent d'intensité. Depuis quelques jours surtout, il était obligé de se lever 4 ou 5 fois pendant la nuit. En même temps, la voix devenait plus voilée et la respiration restait embarrassée d'une façon continue. Le malade compare à des chants d'oiseau les bruits de son larynx.

3 Mars. La gêne respiratoire atteint son maximum d'intensité. Le malade vient à la consultation. Le sifflement produit par la respiration s'entendait dans toute la salle. Il était surtout fort pendant l'inspiration. Le visage du malade était violacé, le cou gonflé, le faciès anxieux. L'interne du service, soupçonnant un œdème glottique, pratiqua le toucher laryngé ; il trouva les replis aryténo-épiglottiques rapprochés partiellement sur la ligne médiane, mais sains. L'obstacle ne siégeait pas là. A la visite du soir, la respiration était moins gênée ; il n'y avait plus qu'un léger sifflement, la voix restait toujours voilée. Le lendemain matin, on procède à la visite à l'examen du malade.

Le pharynx est un peu rouge et granuleux. Pas d'engorgement ganglionnaire du cou, qui est gros et court. Pas d'œdème de la peau. Dans le poumon, le murmure vésiculaire est affaibli. Quelques râles sibilants et muqueux disséminés sans ordre.

Rien de particulier au cœur ; pouls régulier ; pas d'œdème des membres inférieurs ; foie normal.

Les urines sont claires et ne renferment pas d'albumine. L'état général est bon ; le malade engraisse.

La respiration redevenant sifflante dès que l'on fait parler le malade, on ne peut pas songer à pratiquer l'examen laryngoscopique. Le diagnostic ne peut être posé d'une façon nette. On est obligé d'éliminer l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. On pense à un œdème de la glotte proprement dite, mais sans s'arrêter à cette idée, à cause de la rareté de l'affection. Il est plus probable que l'on a affaire à des accès d'asthme de forme un peu anormale. On prescrit au malade 1 gr. 50 d'ipéca.

5 Mars. — Le malade a eu pendant la nuit un accès de suffocation très prolongé, qui s'est calmé à la suite d'application de ventouses sèches. Pendant l'accès, le malade a rendu une quantité assez considérable de liquide gastrique mêlé à des glaires et à des spores verdâtres. A la visite, le calme relatif s'est rétabli et le malade est à peu près dans le même état que la veille. Le pouls est régulier, la respiration s'effectue sans trop de gêne. Le malade localise l'obstacle respiratoire à la partie inférieure du cou. On lui prescrit une potion avec 3 gr. de bromure.

6 Mars. Depuis hier, les accès de suffocation ont reparu. La nuit s'est passée sans un seul instant de repos. Nous trouvons à l'heure de la visite le malade à la fenêtre, soutenu par un infirmier. La face est livide, violacée ; la peau est recouverte de sueur, les forces sont épuisées. La respiration est sifflante, l'anxiété est extrême. La partie anté-

rière du cou est parcourue par des espèces d'ondulations dues à la transmission des vibrations respiratoires. L'auscultation révèle la propagation de ces bruits par l'intermédiaire des grosses bronches. Le murmure respiratoire est nul aux deux bases. Le pouls est à peine perceptible. Le malade réclame la trachéotomie. Le chef de service appelle en consultation un de ses collègues de l'hôpital. Ils croient à un obstacle siégeant plus bas que le larynx et considèrent l'opération comme inutile. Le malade meurt asphyxié 1¼ d'heure après.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons adhérents à la paroi, le poumon droit sur presque toute son étendue, le gauche surtout par sa partie postérieure. Ils sont congestionnés et il s'écoule à la coupe un liquide sanguinolent, spumeux. Le poumon droit est plus congestionné que le gauche et cette congestion est plus vive au niveau des adhérences. Le larynx présente dans sa partie supérieure, au niveau de la muqueuse qui recouvre la surface externe des replis aryténo-épiglottiques, une tuméfaction œdémateuse notable, surtout à la partie postérieure de ces replis. La muqueuse est boursouflée, violacée, et l'œdème considérable sous muqueux doit avoir diminué depuis la mort du malade.

Si l'on regarde le larynx par en haut, on remarque d'abord que l'ouverture supérieure est rétrécie dans le sens transversal. Ce rétrécissement latéral de l'orifice supérieur paraît être congénital.

Les cordes vocales inférieures se touchent presque ; elles sont recouvertes par des mucosités qui interceptent complètement l'orifice glottique. La fente glottique a d'ailleurs presque complètement disparu, et elle est à peine de 1 à 2 millimètres à la base du triangle vocal.

Les cordes vocales, œdématisées, sont d'ailleurs plus courtes qu'à l'état normal. Le diamètre antéro-postérieur de la glotte est moindre qu'à l'ordinaire. On comprend très bien qu'un peu de mucus, joint au gonflement de la muqueuse, ait pu, en interceptant la communication entre le poumon et l'air extérieur, amener l'asphyxie.

Les cordes vocales supérieures sont elles-mêmes œdémateuses ; elles se rejoignent presque avec les cordes vocales inférieures, de telle sorte que l'orifice du ventricule est réduit à une petite fente. En écartant les deux cordes vocales d'un même côté, il s'écoule de la cavité ventriculaire un mucus épais visqueux.

Le reste de la muqueuse du larynx et de la trachée est le siège d'une injection assez vive.

En un mot : laryngite ancienne chronique avec poussées aiguës, expliquant la production des accès dyspnéiques par gonflement de la muqueuse des cordes vocales inférieures, accès dont l'apparition était favorisée par les dimensions réduites de l'orifice glottique, congénitalement rétréci. Nous avons affaire à un œdème de la partie postérieure des replis aryténo-épiglottiques et de la glotte proprement dite.

Les reins, le foie, la rate étaient congestionnés.

RÉFLEXIONS.— De cette observation, nous croyons pouvoir conclure : 1° Que l'œdème de la glotte proprement dite, que l'on a voulu localiser à la face inférieure des cordes vocales inférieures, peut occuper, non seulement toute l'étendue de la muqueuse qui recouvre celles-ci, mais même les cordes vocales supérieures. 2° Que les accidents dyspnéiques ont été singulièrement favorisés par les petites dimensions du larynx. 3° Que, dans un cas semblable, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la trachéotomie, l'opération n'ajoutant rien à la gravité de la maladie, et le diagnostic pouvant comme dans le cas présent, ne pas être établi d'une façon certaine.

27. Fibrome du corps de l'utérus. — Cancer du col ayant envahi les os du bassin ; par TISSIER et GETHINGER, internes des hôpitaux.

La nommée Baticle, Marie, âgée de 54 ans, profession blanchisseuse. Entrée le 24 janvier 1881, salle Chassaingnac, lit n° 2, à Laënnec, service de M. NICAISE.

Antécédents héréditaires. Son père mourut vers 60 ans, d'une affection qu'elle ne connaît pas ; sa mère d'une maladie du pylore, à 53 ans ; ses frères et sœurs ont été perdus de vue.

Antécédents personnels. Jamais malade, à ce qu'elle assure, ni dans l'enfance, ni plus tard. Il y a 15 ans, elle s'aperçut presque fortuitement d'une grosseur qu'elle avait dans le ventre et qui, à cette époque déjà, avait à peu de chose près le volume qu'elle possède aujourd'hui. Cette tumeur, qui lui donnait aux yeux de tous l'aspect d'une femme enceinte, ne la faisait aucunement souffrir. Elle avait été réglée pour la première fois à 12 ans. Presque à chaque mois, il y avait ménorrhagie ; l'écoulement de sang durait 15 et 20 jours. Depuis qu'elle s'aperçut de sa

tumeur abdominale, il n'en fut ni plus ni moins : toujours mêmes pertes de sang se répétant tous les mois jusqu'à la ménopause (il y a deux ans). Les fleurs blanches ne se montrèrent qu'il y a 7 à 8 mois.

C'est depuis un an que la malade commença à souffrir, et, plus exactement, depuis 7 mois environ. Les douleurs n'ont fait que s'accroître; les règles avaient cessé; mais il survint des pertes blanches et d'eau roussâtre, sans grande fétidité, dont la malade se plaignait beaucoup.

Elle se décide, après avoir tardé quelque temps, à se présenter à l'hôpital et fut admise à l'hôpital Tenon dans le service de M. Gérin Roze, au commencement de novembre 1880. Elle y resta jusqu'au moment de passer à Laënnec.

Dans les premiers temps de son séjour à Tenon, elle ressentit une violente douleur tout le long de la jambe et de la cuisse à droite, puis le membre enfla considérablement et devint impossible à mouvoir, il n'a jamais désenflé depuis, et, par moments, il se fait des ouvertures à la peau par où s'échappe de l'eau.

Etat actuel. La malade est très maigre, présente une teinte jaunâtre presque caractéristique, a les yeux cernés, les traits tirés, se plaint uniquement du ventre. — Tous les autres organes (poumons, cœur, foie, etc), paraissent intacts.

L'abdomen est volumineux, proéminent sur la ligne médiane et dans la portion sous ombilicale, tandis qu'il est plutôt déprimé sur les parties latérales. On sent à la palpation une masse dure, résistante, qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic et même un peu au-dessus, qui descend profondément vers le pubis et paraît être une dépendance de l'utérus. Sa forme générale est arrondie ou oblongue; supérieurement, elle est excavée, présentant comme une échancrure au niveau de son fond, de sa grosse extrémité, qui lui donne un aspect de cœur de carte à jouer.

La matité est absolue. — Pas de fluctuation. — Pas d'ampliation ou d'expansion comme dans les tumeurs vasculaires. — L'auscultation ne révèle aucun souffle. Au toucher, le col est béant, végétant, garni de granulations qu'on trouve à l'entour jusque sur les parois vaginales. Le toucher combiné au palper hypogastrique montre que l'utérus a perdu toute mobilité. Après cette exploration, le doigt retiré du vagin n'a pas l'odeur infecte à laquelle on pouvait s'attendre.

Du côté du membre inférieur, on a la cuisse et la jambe droites énormément tuméfiées, blanchâtres, oedématisées. Le

doigt s'imprime aisément dans les tissus. La douleur causée par la pression est très modérée. — Pas de cordon nouveau appréciable sur le trajet des veines, pas de ganglions engorgés.

Nous avons vu que le fonctionnement des autres appareils paraissait physiologique : peu de troubles visuels, miction normale, etc., etc. Le diagnostic porté par M. Nicaise fut qu'il y avait deux affections bien distinctes, ici coïncidentes :

1° Une tumeur abdominale, sans doute très ancienne, remontant à l'âge de puberté et n'ayant pas fait obstacle à l'accouchement. Cette tumeur de nature bénigne est vraisemblablement un fibrome utérin proéminent sous le péritoine. Cette hypothèse est justifiée par la marche de la tumeur et l'abondance des ménorrhagies.

2° Un cancer du col utérin, dont le début ne daterait que de 7 à 8 mois, cancer auquel était prédisposée la malade par l'hérédité.

Le traitement qu'on employa fut injections vaginales phéniquées, cataplasmes laudanisés sur le ventre, liqueur de Fowler, 6 à 7 gouttes par jour.

Tout le temps que la malade demeura dans la salle Chassaignac, son état ne varia guère. La quantité de la sécrétion urinaire se maintint toujours à peu près au même taux ; c'est-à-dire à environ huit à neuf cents grammes par jour et l'urine n'apparut jamais albumineuse. Jusqu'au dernier jour, il n'y eut pas trace d'intoxication urémique.

Vers le 4 à 5 février, l'œdème qui distendait la jambe droite et qui nécessita plusieurs piqûres pour faire évacuer la sérosité gagna le membre inférieur gauche. Mais, de ce côté, ce fut un simple œdème cachectique qui ne se présenta avec aucun des caractères de la phlegmatia alba dolens.

Enfin, vers le 10 mars, la malade se plaignit de souffrir du ventre plus qu'auparavant, la moindre pression devint insupportable ; puis, des vomissements porracés, du météorisme et tous les signes d'une péritonite, à laquelle la malade succomba le 13 mars.

AUTOPSIE, le 15 mars, quarante heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, écoulement de pus séreux, fluide, chargé de flocons en assez grande quantité, deux à trois litres évacués approximativement. La séreuse est arborisée de linéaments vasculaires ; les intestins agglutinés les uns les autres se séparent très facilement quand la moindre traction vient rompre les adhérences molles qui

les rattachent. Ces lésions de péritonite sont généralisées à toute la cavité péritonéale.

Les intestins, recouverts d'une couche peu épaisse d'exsudats blancs-jaunâtres visqueux, sont refoulés en masse vers la partie supérieure par une tumeur occupant la région de l'hypogastre. Cette tumeur, plus grosse qu'une très forte tête d'adulte, est en quelque sorte échancrée supérieurement. La couleur est blanchâtre, violacée par une grande abondance de vaisseaux dont quelques-uns sont très développés, larges de plusieurs millimètres. Manifestement elle est formée, aux dépens de l'utérus; immédiatement en avant d'elle, est la vessie; en arrière est une poche noirâtre suppurante, ichéreuse, puis le rectum et l'S iliaque.

Les reins sont de dimensions normales, mais entièrement décolorés. L'uretère du côté droit a ses parois amincies, et son calibre fort dilaté jusqu'à atteindre environ le diamètre du petit doigt. A gauche, le rein paraît tout aussi malade qu'à droite, mais l'uretère n'est pas distendu.

Les ganglions lombaires sont gros, blanchâtres, infiltrés d'une matière puriforme. Le tube digestif est sans lésions dans toute son étendue. Le foie est gros, très légèrement jaunâtre. La rate diffluente se déchire quand on veut l'enlever.

Les poumons sont sains, un peu emphysémateux. Un peu de liquide, dans la plèvre, limpide, agonique. Au cœur, quelques adhérences molles à peine développées, entre le feuillet pariétal du péricarde et les gros vaisseaux, à l'émergence du cœur.

Nous énucléons en même temps, après désarticulation de la symphyse, l'utérus, la vessie, la dernière portion de l'intestin, les uretères et les reins, l'aorte abdominale, la veine cave et les veines iliaques, enfin le vagin jusqu'à la vulve et l'urèthre. En séparant les organes pelviens du pubis, en détachant au ras des parois osseuses de l'ischion, à droite, au niveau du bord externe du ligament large, on incise des masses blanches cancéreuses, qui viennent de la partie supérieure du vagin et vont se confondre avec la ceinture osseuse du bassin.

Ces bourgeons cancéreux ont infiltré les os, et, de plus, poussent des prolongements au-dessus de la branche horizontale du pubis, le long des cordons vasculaires jusque dans la partie supérieure de la cuisse, passent également par le trou obturateur, puis imbibent les masses musculaires de la partie antérieure et interne du haut de la cuisse et entourent les vaisseaux cruraux. La veine crurale

de ce côté est occupée par un caillot ancien, organisé, adhérent.

A gauche, rien de semblable. Les veines sont perméables ou du moins leur lumière n'est oblitérée que par des caillots cruoriques et mollasses.

Les parties sorties de l'abdomen, plus attentivement étudiées, nous montrent la vessie intacte. (Cependant, au niveau du fond, la muqueuse est soulevée par une plaque carcinomateuse isolée, large environ comme une petite noisette.) L'uretère est assez fortement congestionné par des extravasats sanguins. Le vagin est inaltéré dans sa portion inférieure; mais, toute sa portion supérieure est noirâtre, fongueuse, semi-gangrénée, se confond avec le col utérin, lui-même déformé par l'invasion puis la destruction du cancer. Sur le côté droit, le vagin est perforé ou du moins dégénéré, se continue par continuité des tissus nouveaux jusqu'à ces masses occupant la base du ligament large, et que nous avons du réséquer, comme il a été dit plus haut. En arrière, le vagin communique encore avec la poche suppurante, signalée entre la face postérieure de l'utérus et le rectum dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Enfin, fendant l'utérus pour en étudier la cavité, nous voyons que les tissus qu'on est obligé de sectionner sont blanchâtres, fermes, remarquablement consistants et résistants, sous le scalpel, puis que la cavité est assez notablement agrandie, que, sauf la partie cervicale, le cancer n'a pas touché l'utérus. Dans la cavité, à droite, fait saillie, recouverte par la muqueuse, une demi-sphère : fibrome formant la corne droite de la tumeur échancrée en haut, que nous avons extraite. La tumeur gauche se limite beaucoup moins bien du reste de l'organe utérin et ne fait pas, comme à droite, une saillie manifeste dans l'intérieur de la cavité.

Pas trace des ostia uterina.

Nous examinons la surface extérieure, pour rechercher les trompes, les ovaires, le trajet des uretères, et pour nous rendre compte de ce qu'est le clapier post-utérin.

La trompe droite, très hypertrophiée, aboutit à l'ovaire, transformé en une sorte de sac noirâtre, ovaire tombé dans la cavité de Douglas et communiquant avec le vagin. C'était l'ovaire droit, à foyer purulent, que nous avions trouvé en avant du rectum. En arrière et à gauche des restes de l'ovaire droit, est la trompe gauche. Celle-ci est repoussée en arrière par le fibrome, qui s'est développé sur le bord gauche de l'utérus et qui forme la moitié gauche de la tumeur

utérine. L'ovaire gauche, ou bien est confondu avec l'ovaire droit, ou bien est perdu parmi les fausses membranes de la péritonite, et n'est pas retrouvé.

Quant aux uretères, nous avons aisément suivi leur parcours et reconnu le point où l'uretère droit, en passant sur les côtés du col, avant d'aborder la vessie, était englobé et rétréci par les tissus cancéreux, fusant vers le contour pelvien. Le rachis ne présentait aucune altération.

28. Rapport sur la candidature de M. Variot, interne des hôpitaux, au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. LANDOUZY, médecin des hôpitaux.

Je relève, parmi les présentations assez nombreuses de M. Variot, un cas de macroglossie dont il a fait l'objet d'un examen histologique spécial. Cette singulière affection, à cause de sa rareté, n'a pas été étudiée souvent au point de vue anatomique, et des opinions différentes règnent encore sur sa nature.

En France, on admet généralement que l'hypertrophie de la langue est due à une augmentation du tissu musculaire.

En Allemagne, on considère assez généralement (Virchow, Billroth) cette tuméfaction de la langue comme due à des ectasies lymphatiques. Ce serait une véritable tumeur caverneuse lymphatique, un angiome lymphatique.

L'observation de M. Variot se rapprocherait plutôt de cette manière de voir.

Voici du reste quelles sont ses conclusions :

1° Epaississement de la muqueuse linguale et hypertrophie considérable des papilles et des colonnes épithéliales qui les séparent ; altération des cellules superficielles, analogues à celles qu'on observe dans l'eczéma. Evidemment de la plupart des papilles ; les lacunes ainsi formées sont remplies d'une matière grenue et de quelques leucocytes.

2° La sous-muqueuse lacunaire a un aspect réticulé. Des travées munies de tissu lamineux circonscrivent de grandes lacunes, tapissées plus ou moins régulièrement de cellules plates. On rencontre dans ces lacunes la même matière grenue et des leucocytes ; des amas de noyaux du tissu lamineux sont disséminés parmi les travées.

3° Enfin, la couche profonde est formée d'une masse de tissu fibreux, englobant des fibres musculaires dont la structure est normale. Le tissu fibreux prédomine sur le

tissu musculaire, et est creusé de lacunes en forme de fentes, plus étroites que les lacunes des couches supérieures. Les vaisseaux sanguins entrant dans la constitution de la tumeur ne nous ont pas semblé dépasser en proportion et en calibre ce qu'ils sont à l'état normal.

Tout cet ensemble de lésions doit être rapporté à des ectopies lymphatiques, résultant de la dilatation du réseau normal, signalé par M. Sappey.

On doit se demander si les lésions lymphatiques de la macroglossie, regardées en France comme exceptionnelles (Bouisson, *artic. langue. dict. encyclopéd.*) ne seraient pas au contraire plus fréquentes que les altérations dues à l'hypertrophie musculaire. C'est du moins ce qui ressort du relevé des faits dans les mémoires publiés en Allemagne, où la question anatomique a été beaucoup plus étudiée qu'en France.

29. Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine spinale produites par des lésions périphériques ;
par Henri LELON, interne des hôpitaux.

Les observations d'atrophie musculaire, d'origine périphérique, sont encore bien peu nombreuses et leur étude entourée d'une assez grande obscurité ; par un hasard heureux, j'ai pu étudier, durant mon internat de 1881, dans le service de M. le D^r VULPIAN, deux exemples remarquables d'atrophie musculaire d'origine périphérique. Ce sont ces deux observations qui, sur les conseils et les indications de M. Vulpian, constituent le sujet de ce travail.

OBSERVATION I. — Le nommé Greggio, peintre en bâtiments, âgé de trente-cinq ans, né à Lyon, entre à la Charité, le 6 janvier 1881, dans le service de M. le professeur Vulpian, Salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. Père alcoolique, mort de hernie étranglée. Mère très vigoureuse. Ses frères et sœurs sont bien portants et n'auraient jamais présenté d'accidents nerveux ; une de ses sœurs est néanmoins sujette actuellement à des troubles dyspeptiques. On ne peut trouver dans sa famille d'antécédents nerveux.

Antécédents personnels. Le malade est peintre en bâtiments depuis l'âge de dix ans, mais il n'a jamais été atteint de coliques de plomb avant 1873. Il se livre et s'est surtout livré pendant qu'il était soldat, à de légers excès alcooliques. A dix-huit mois, il fut atteint d'une variole

dont il porte encore les traces. Il nie tout antécédent syphilitique.

En 1870, il fut atteint par des *éclats d'obus*, au pied et à la jambe gauche (région antéro-externe). Il tomba dans un fossé et y resta toute une nuit. Ses *pièds* et ses *jambes furent gelés* (la peau et les ongles tombèrent). Il fut transporté au Val-de-Grâce, où l'on soigna ses blessures et ses gelures, qui ne furent guéries qu'au bout de six mois (les os ne semblent pas avoir été atteints). Au bout de ce temps, ses *pièds se déformèrent* ; ils prirent la forme de *pièds-bots varus équins* ; il lui était presque impossible de poser les talons à terre, il marchait sur la pointe des pieds, les talons en dehors. Cette affection était plus marquée du côté gauche. Les orteils ne tardèrent pas à se déformer en griffes, la première phalange se mit en extension forcée sur le métatarse, la deuxième phalange en flexion exagérée sur la première. Ces phénomènes étaient plus prononcés également du côté gauche. Dès ce moment, il lui fut impossible de poser le talon à terre, il marchait sur les extrémités des métatarsiens. Les chirurgiens militaires lui sectionnèrent alors les tendons d'Achille et les tendons des longs péroniers des deux côtés, et le placèrent pendant six mois dans des appareils ouatés. Jusqu'à cette époque, ses muscles des jambes lui avaient paru normaux.

Quand on lui enleva les appareils, la déformation des pieds n'avait été nullement modifiée, mais, en revanche, il s'aperçut que les *muscles de ses jambes s'étaient notablement atrophiés*, surtout du côté gauche, sans distinction de groupe, d'ailleurs. Les chirurgiens militaires lui firent alors porter, pendant quelques mois, des appareils orthopédiques ; rien n'y fit, la déformation des pieds persista et devint aussi prononcée à droite qu'à gauche, l'atrophie des jambes continua.

En 1872, le malade éprouva des *douleurs atroces*, dans les genoux, il lui semblait qu'on lui enfonçait un fer rouge dans les articulations, ces douleurs ne s'irradiaient pas. Il éprouva parfois quelques douleurs dans les chevilles, ces phénomènes étaient toujours plus prononcés du côté gauche. En 1873, après avoir fait assez longtemps des peintures au minium, il fut pris de coliques de plomb et éprouva en même temps quelques étourdissements. Il n'en continua pas moins son travail, mais, plusieurs jours après, pendant que, monté sur une échelle il était en train de faire un plafond à la colle, il fut pris d'un violent étourdissement qui le fit tomber. Presque aussitôt, le membre supérieur droit devint brusquement inerte, depuis les doigts

jusqu'à l'épaule. Il entra à l'hôpital de Joigny, où le Dr Grenet constata, outre une paralysie complète du membre thoracique droit, une anesthésie complète de ce membre ; on pouvait lui traverser la peau avec des aiguilles sans produire la moindre douleur. On lui donna de l'iodure de potassium, on l'électrisa, la paralysie complète dura un mois environ, mais ce n'est qu'au bout de six mois qu'il put quitter l'hôpital presque complètement guéri ; il ne reprit néanmoins son travail qu'au bout de huit mois.

Il s'aperçut alors que la main droite devenait violette, elle était toujours froide, gonflée quelquefois ; en même temps, elle maigrissait notablement au niveau de l'éminence thénar, du premier espace intermétacarpien, puis de l'éminence hypothénar. Peu de temps après, la *main gauche* se prenait de la même façon ; en même temps, apparaissaient des *frémissements fibrillaires* très intenses et très fréquents, au niveau des espaces intermétacarpiens et des éminences thénar et hypothénar. Peu de temps après, les doigts de la main droite se dévièrent vers le bord cubital. Ses forces ne tardèrent pas à diminuer.

Depuis cette époque, il continue à faiblir ; les muscles des mains s'atrophient de plus en plus ; les *frémissements fibrillaires* persistent dans les muscles des mains, il s'en montre de nouveaux dans les muscles des bras, des avant-bras, dans les muscles de l'épaule dans les muscles du dos, dans les pectoraux, dans les muscles des cuisses, en particulier dans les adducteurs. Il éprouve, de plus, de temps à autre et fréquemment, d'ailleurs, de vives *douleurs* dans les articulations, dans les genoux surtout, dans les chevilles, dans les poignets, les épaules ; il fut obligé, à cause de ses douleurs des genoux, d'entrer deux fois à l'hôpital (Hôtel-Dieu, Pitié) ; on lui ordonna du salicylate de soude et des potions morphinées. Depuis quelques mois, il éprouve des douleurs dans les reins ; il s'était d'ailleurs déjà aperçu depuis assez longtemps que sa *colonne vertébrale s'incurvait* légèrement du côté droit.

Depuis un an environ, il remarque que sa mémoire diminue un peu ; il éprouve quelques scintillements au niveau des paupières et se fatigue assez vite à la lecture. Depuis 1873, il a été pris d'une douzaine d'attaques de *coliques saturnines*, pour lesquelles il entra dans divers hôpitaux (Lariboisière, Baujon, etc.).

Depuis quelques jours, il toussait légèrement et éprouvait quelques symptômes de grippe, il se décida alors à entrer à la Charité, dans le service de M. le Dr Vulpian.

Etat actuel. Homme de taille moyenne, mais présen-

tant une bonne apparence de santé; son visage est fortement marqué de la petite vérole. Au premier abord, on est frappé par la déformation de ses pieds, que nous allons décrire plus loin, par l'atrophie considérable de ses jambes, par l'atrophie et la déformation de ses mains. Il se sent un peu faible depuis quelque temps, mais, il y a huit jours à peine, il faisait encore son ouvrage de peintre en bâtiments sans difficultés.

Pieds. La voussure tarso-métatarsienne est excessivement prononcée; le pied est presque aussi haut et aussi large que long (dix à douze centimètres environ). Toute la masse métatarso-digitale est déviée en dedans. Les doigts sont fléchis en griffe. Quand le malade marche, son pied porte sur les extrémités des métatarsiens; il lui est absolument impossible de poser le talon à terre. Il peut, à la rigueur, marcher sans bottines, mais ce n'est qu'avec une difficulté excessive. Grâce à des bottines adaptées à la forme de ses pieds, il marche, court, monte à l'échelle, en un mot, sa démarche est presque celle d'un homme ordinaire; une seule chose l'embarrasse, c'est de passer dans les endroits périlleux: il manque d'équilibre.

Jambes. Elles sont excessivement amaigries, surtout au niveau de la région antéro-latérale externe. La jambe droite, à dix-neuf centimètres au-dessous du bord supérieur de la rotule, mesure vingt-quatre centimètres de tour; la jambe gauche, vingt-trois centimètres. Il lui est impossible de produire des mouvements dans ses orteils, de fléchir les pieds sur les jambes. Les muscles de la région postérieure des jambes, quoique notablement atrophiés, se contractent nettement sous l'influence des courants faradiques; ceux de la région antérieure ne se contractent pas.

Les cuisses sont amaigries en masse, mais il n'y a pas de groupe musculaire qui paraisse plus atrophié qu'un autre. La cuisse droite, à 23 centimètres du bord supérieur de la rotule, mesure 38 centimètres de tour; la cuisse gauche, au même niveau, mesure également 38 centimètres. Les muscles des cuisses se contractent bien sous l'influence des courants faradiques.

Mains. Les deux mains présentent nettement le type des mains dans l'atrophie musculaire progressive. Il existe des dépressions assez prononcées au niveau des interosseux dorsaux, en particulier au niveau du premier espace interosseux; les saillies des éminences thénar et hypothénal sont remplacées par des dépressions. Du côté droit, les doigts sont déviés en masse vers le bord cubital. Les mouvements des interosseux sont complètement abolis. Les

mouvements d'extension et de flexion des doigts sous la dépendance des muscles de l'avant-bras sont conservés, quoique gênés. D'ailleurs, le malade, comme il le dit lui-même, peut encore parfaitement manier son pinceau, saisir différents objets, etc. Au dynamomètre, la main droite marque 55; la main gauche 35. La contractilité faradique est notablement diminuée dans les muscles des deux éminences, en particulier dans le court abducteur du pouce de la main droite. La peau, du moins, présente un aspect violacé. La température des mains, comme on peut le constater nettement et comme le malade s'en plaint d'ailleurs lui-même, est diminuée; il dit que ses mains sont toujours froides.

Avant-bras et bras. Ils sont très maigres, mais d'une façon générale, il n'y a pas de muscle qui soit frappé plutôt que d'autres. La contractilité électrique est conservée dans les muscles de l'avant-bras. Les pectoraux sont assez notablement atrophiés des deux côtés, mais la contractilité électrique y est néanmoins conservée.

On remarque une asymétrie complète de la région postérieure du *tronc*; du côté droit, l'omoplate semble portée en avant; la partie droite proémine sur la partie gauche de plusieurs centimètres. Cela paraît tenir à ce que l'angle des côtes est plus prononcé à droite qu'à gauche. La colonne vertébrale est déformée à partir de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale; elle forme un S à convexité supérieure gauche. Sauf peut-être un certain degré d'atrophie du trapèze à droite, on ne trouve pas d'altérations apparentes des muscles du tronc. La contractilité électrique y est bien conservée. Douleur très légère à la percussion digitale, au niveau de la première vertèbre dorsale et des trois premières vertèbres lombaires.

Le malade éprouve des *douleurs* quelquefois très vives, en particulier dans les genoux, dans les reins, plus rarement dans les épaules, les poignets et les chevilles.

La *sensibilité* au tact simple, à la pression, au pincement, la sensibilité thermique est intacte partout. Le malade sent bien partout l'électricité faradique, excepté un niveau de la partie externe des éminences thénar où cette sensation est notablement diminuée. Dans les membres inférieurs, le malade sent bien partout l'électricité faradique, sauf à la région antérieure des jambes où il ne sent que de forts courants qui, au lieu de lui faire éprouver une sensation de picotement comme ailleurs, ne lui font éprouver qu'une sensation de brûlure.

De temps en temps, *contractions fibrillaires* dans les

muscles des mains, des bras et des avant-bras, des pectoraux, de l'épaule, des cuisses et parfois dans les muscles péri-buccaux. Les *réflexes tendineux* manquent presque complètement aux membres inférieurs; aux bras, ils sont moins prononcés qu'à l'état normal. — Les *pupilles* du malade sont très rétrécies, mais elles sont égales; pas de troubles oculaires bien prononcés; toutefois, le malade éprouve quelquefois des sautilllements autour des paupières et se fatigue plus vite à la lecture. Depuis un an environ, il remarque que sa mémoire diminue un peu. Pas d'autres phénomènes céphaliques.

Tous les viscères paraissent sains, sauf les poumons où l'on entend quelques râles de bronchite.

Traitement. Sulfate de strychnine, 4 milligrammes. Iodure de potassium, 2 grammes. Badigeonnages de teinture d'iode le long du rachis.

19 janvier. Les phénomènes de grippe ont complètement disparu. Le malade éprouve du côté droit de la face des douleurs névralgiques avec points douloureux sous et sus-orbitaires; mais, il est à noter qu'il présente du côté droit de la face de très mauvaises dents. Il aurait déjà été atteint de névralgies analogues. Il est soulagé par des injections de morphine.

9 février. Le malade prétend que ses cuisses maigrissent. La cuisse droite, un peu au-dessus du genou, mesure 28 centimètres de tour; la gauche, 29.

28 février. Même état. Puissance dynamométrique : main droite, 18; main gauche, 14. Le malade quitte l'hôpital le 2 mars, dans le même état, plutôt plus faible qu'à son entrée.

RÉFLEXIONS. — Nous voyons un sujet bien portant jusqu'à là, être atteint, six mois après une blessure de la jambe gauche par un éclat d'obus et une gelure des membres inférieurs, en 1870, d'une déformation des deux pieds en pieds-bots varus équins, avec prédominance du côté gauche, pour laquelle on pratiqua, inutilement d'ailleurs, la ténotomie des tendons d'Achille et des longs péroniers. Six mois après ces ténotomies, c'est-à-dire douze mois après la blessure, le malade voit les muscles de ses jambes s'atrophier, surtout du côté gauche. Cette atrophie va en s'accroissant. En 1872, le malade éprouve dans les genoux, surtout à gauche, des espèces de douleurs térébrantes. En 1873, les muscles des éminences thénar et hypothénar de

la main droite, puis ceux de la main gauche, s'atrophient à leur tour peu à peu. Cette atrophie va toujours en augmentant, et s'accompagne d'un aspect cyanosé et d'abaissement de la température de la main et des doigts. En même temps, apparaissent des frémissements fibrillaires, non seulement dans les muscles des mains, mais encore dans les muscles des membres supérieurs, des épaules, du tronc, dans les pectoraux, dans les muscles des cuisses. De temps à autre, le malade éprouve des douleurs dans diverses articulations, en particulier dans les genoux et les poignets. Pas d'anesthésie.

Quelle est la nature de l'affection présentée par ce malade ? Avons-nous affaire ici à une paralysie saturnine généralisée, comme pourraient le faire présumer les antécédents du malade, qui travaille dans le plomb depuis l'âge de dix ans, et la paralysie brusque du bras droit avec anesthésie, en 1873, sur laquelle nous aurons à revenir tout à l'heure. Evidemment non. Le début de l'affection par les jambes après un traumatisme, la déformation spéciale des pieds, l'absence de paralysie des extenseurs aux membres supérieurs, et, en général, de toute paralysie ayant précédé l'atrophie, l'atrophie caractéristique des muscles des mains, l'absence d'anesthésie, en un mot, l'évolution de la maladie, l'aspect actuel du malade, ne permettent pas un seul instant de s'arrêter à cette hypothèse.

Pour les mêmes raisons, par ce fait que la paralysie n'a jamais précédé l'atrophie, qu'il n'y a pas eu de contracture, on doit repousser immédiatement l'hypothèse d'une méningo-myélite chronique primitive, ayant été la cause de cette atrophie.

L'aspect extérieur du malade et l'évolution de sa maladie pourraient faire songer, au premier abord, à une atrophie musculaire progressive protopathique.

Mais, malgré ces points de ressemblance avec l'atrophie musculaire progressive protopathique, cette observation présente des caractères assez particuliers pour que nous puissions affirmer que l'atrophie musculaire progressive protopathique n'est point ici en cause. La maladie, dans notre cas, a débuté par les membres inférieurs, fait absolument exceptionnel dans l'atrophie protopathique ; tous les muscles des jambes ont été atteints à la fois, et ce n'est

pas plutôt tel ou tel muscle qui a maigri en premier lieu. En un mot, l'atrophie musculaire, dans ce cas, n'a pas procédé avec cette irrégularité qui caractérise l'atrophie protopathique; bien loin de là, elle a frappé en masse les muscles des jambes, et d'abord surtout les muscles de la jambe gauche; ce n'est que plus tard qu'elle a frappé les muscles des mains. Surtout encore que notre malade ne présente pas de déformation des mains en griffes, particularité sur laquelle insiste Duchenne de Boulogne; que l'atrophie, au lieu de se faire lentement, comme dans l'atrophie idiopathique, a atteint son maximum aux jambes en moins de deux ans. Signalons enfin les douleurs articulaires au niveau des genoux, des poignets, etc., véritables douleurs térébrantes, que l'on rencontre d'une façon toute exceptionnelle dans l'atrophie idiopathique, et qui indiquent, comme le faisait remarquer M. Vulpian, que la substance grise est prise dans ce cas d'une façon plus « irritatrice » que dans les atrophies musculaires ordinaires. En somme, nous voyons par l'élimination et par l'étude approfondie du malade, que nous avons affaire à une atrophie musculaire d'origine périphérique, à une de ces atrophies dites atrophies réflexes, dépendant ici de l'irritation de la moelle par l'irritation des nerfs périphériques lésés par l'éclat d'obus, par la gelure des membres inférieurs et peut-être par les ténotomies des chirurgiens.

Il nous faut maintenant nous arrêter à deux phénomènes anormaux survenus dans le cours de l'évolution si nette de l'affection de ce malade. Je veux parler de la paralysie brusque avec anesthésie du membre supérieur droit et de l'incurvation du rachis. On a pu voir, dans le courant de l'observation, qu'en 1873, le malade, peintre en bâtiment depuis l'âge de dix ans, mais n'ayant jamais eu jusque-là de paralysie saturnine, ni de coliques de plomb, fut pris, après des vertiges et des maux de tête ayant duré quelques jours, et dans le cours d'un accès vertigineux plus intense que les premiers, d'une paralysie subite de tout le membre supérieur droit, avec anesthésie complète. Cette paralysie doit elle être rattachée directement à l'affection actuelle ou doit elle être, au contraire, considérée comme un épiphénomène secondaire ne présentant pas de rapport immédiat avec l'évolution de l'atrophie? Il paraît probable, d'après

les caractères de la paralysie et d'après la marche de l'affection, que nous avons eu affaire, en ce cas, soit à une paralysie saturnine, soit peut-être à une hémorrhagie cérébrale, ou à un ramollissement, ou à toute autre cause pouvant amener une monoplégie passagère avec anesthésie. En tous cas, elle ne semble pas devoir être rattachée à l'affection actuelle, mais devoir être considérée plutôt comme un phénomène secondaire, ayant pu jouer le rôle de cause prédisposante au point de vue de l'apparition de l'affection dans le membre supérieur droit.

Quant à l'incurvation de la colonne vertébrale, il n'est pas besoin de démontrer qu'elle ne présente aucun rapport avec l'amyotrophie. A quelle cause faut-il la rattacher ? Nous ne pouvons émettre à ce sujet que des suppositions sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre (Déformation survenant tardivement chez l'adulte, scolioses d'origines traumatiques, dont parlent MM. Bouvier et Bouland dans leur article rachis, du *Dictionnaire encyclopédique*.) Notre observation se rapproche, à ce point de vue et à beaucoup d'autres égards, d'ailleurs, de l'observation de la thèse du Dr Guichard, sur les atrophies musculaires réflexes (Bordeaux, 1881.)

OBSERVATION II. — Le nommé A..., âgé de 38 ans, pa-v^{eu}eur, entre le 30 janvier 1881, salle St. Jean-de-Dieu, lit n° 23 bis, à la Charité, dans le service de M. le professeur VULPIAN.

Antécédents héréditaires. Père mort alcoolique, mère phymateuse.

Antécédents personnels. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Paveur depuis l'âge de 15 ans, il se livre à des travaux musculaires souvent très considérables. En 1870, étant soldat, il a eu la fièvre intermittente. En 1874, *pleurésie gauche* pour laquelle il entra à la Pitié pendant trois semaines, dans le service de M. le professeur Lasègue. Au sortir de l'hôpital, il a toussé pendant quelques mois. Depuis, il a toujours ressenti quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine. — Deux mois après avoir quitté la Pitié, il reçut dans la *poitrine en avant et à gauche* un coup de *brancard* de tombereau assez violent pour qu'il s'affaîsât sur lui-même et manquât de perdre connaissance. Il en souffrit et garda de la dyspnée pendant longtemps.

Un mois après, toujours en 1874, il commença à sentir un chatouillement dans la paume de la main gauche, avec vives

démangeaisons et besoin irrésistible de se gratter. Ce chatouillement dura huit jours, puis il s'aperçut un matin que la main avait gonflé. Le *gonflement* devint bientôt énorme et gagna rapidement le bras jusqu'au voisinage de l'aisselle. Sur la main et la partie inférieure de l'avant-bras, la rougeur était uniforme ; à la partie externe du bras, on voyait, raconte-t-il, de longues stries rouges. Dans l'aisselle, il avait un ganglion de la grosseur d'une noix à peu près. Il alla à la consultation de la Pitié, où on lui fit trois incisions dans la paume de la main, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Il s'appliqua une pommade que lui donna un pharmacien, et, douze jours plus tard, une ouverture se fit spontanément à la face dorsale de la main entre la base du médius et de l'annulaire. Il ne sortit que très peu de pus ; la plèvre ne se referma que quatre mois plus tard. Quand il se remit à travailler, il remarqua que le bras gauche avait perdu de sa force et qu'il se fatiguait très vite.

En 1877, il s'aperçut que sa *main gauche* et notamment les *muscles du pouce* maigrissaient. L'avant-bras aussi commençait à maigrir. En même temps, la faiblesse augmentait, et bientôt il ne put plus se servir du pouce et de l'index. Dès le début également, la sensibilité de la main gauche fut atteinte ; l'anesthésie commença par le médius, puis gagna les deux derniers doigts, et, enfin, toute la face palmaire de la main et des doigts, à l'exception du pouce.

Il continua pendant un an à peu près à travailler avec les autres doigts, mais fut enfin obligé d'entrer à l'hôpital de la Pitié, en mai 1879, chez M. Dumontpallier. Il y resta trois mois et demi, fut électrisé assez irrégulièrement une vingtaine de fois, et quitta l'hôpital sans être amélioré. Il rentra chez lui où il prit quatre bains de bras très chauds ; c'est à cette époque qu'apparurent les *altérations des ongles* que nous aurons à décrire plus loin.

En janvier 1880, il entre à la Pitié, chez M. Lasègue, où on se borna à lui ordonner des bains de bras avec de l'eau de sureau ; on ne l'électrisa pas. A cette époque, il commença à souffrir de sa main. Il éprouvait dans la paume de la main et à la face antérieure des doigts des *douleurs* extrêmement vives ; il lui semblait qu'on lui « mangeait » les doigts. De plus, il éprouvait des engourdissements passagers dans le bras. Ces douleurs disparurent au mois de juillet 1880, époque à laquelle il quitta la Pitié. Depuis, il n'a plus éprouvé que de rares élancements, assez peu douloureux d'ailleurs.

A différentes reprises, depuis deux ans environ, il a ressenti des *contractions fibrillaires* dans les muscles de la

paroi thoracique, du bras et de l'épaule du côté gauche, notamment dans le grand pectoral et le deltoïde.

Etat actuel. Homme de taille moyenne, d'apparence assez robuste, nullement amaigri.

Le *bras gauche* a une forme particulière ; les muscles de la partie externe et postérieure de l'avant-bras paraissent intacts, les muscles de la région externe font même une saillie assez prononcée. Les muscles épitrochléens, tous les muscles de la partie antéro-interne, au contraire, semblent avoir complètement disparu, et l'avant-bras présente à leur niveau une dépression profonde.

La *main* présente l'aspect caractéristique d'une main d'atrophie musculaire progressive à une période avancée. Les dépressions des espaces interosseux sont plus prononcées qu'à l'état normal ; au niveau du premier espace interosseux, il existe, au lieu d'une saillie, une dépression considérable. L'éminence thénar est remplacée par une dépression ; il en est de même de l'éminence hypothénar. C'est à peine si le malade peut produire un très léger mouvement de flexion de ses doigts ; aussi, ne peut-il les ployer sur le dynamomètre. A la main droite, au contraire, la puissance dynamométrique est de 62. Avec les courants *faradiques*, on trouve la contractilité normale dans les muscles de la région externe de l'avant-bras. Il est impossible de provoquer la moindre contraction dans les fléchisseurs. Les muscles des éminences thénar et hypothénar, les muscles interosseux ne se contractent plus ni spontanément, ni sous l'influence des courants faradiques.

L'*extrémité des quatre derniers doigts* est déformée, élargie, surtout pour le médius. Les *ongles* sont d'une épaisseur considérable, irréguliers, dépolis, ils se cassent très facilement. Le malade rapporte que ces troubles remontent à quinze mois environ, à l'époque où il prenait des bains de bras ; il les attribue à des brûlures répétées dont il ne souffrirait pas, à cause de l'insensibilité des parties. Il y aurait eu d'abord de la rougeur, puis du soulèvement de l'épiderme, puis des bulles remplies de liquide. Il les a percées et le derme mis à nu aurait surait suppuré, entraînant la chute des ongles. Il avait pris en tout quatre ou cinq bains. Il cessa alors les fumigations et la cicatrisation se fit ; les ongles repoussèrent, mais, depuis cette époque, ils ont toujours poussé irrégulièrement.

La main et surtout les doigts sont *cyanosés* ; cette cyanose augmente beaucoup quand le malade s'expose au froid. D'ailleurs la *température* de la main gauche est notable-

ment diminuée, et le malade y éprouve une sensation de froid continue.

La *sensibilité* est notablement diminuée au niveau de la partie antéro-interne de l'avant-bras. Elle est abolie à la face palmaire de la main et des doigts, elle est conservée à la face dorsale de la main et des doigts sauf pour les deux dernières phalanges des doigts. Il en est de même de la sensibilité électrique. La sensibilité ordinaire et surtout la sensibilité électrique est au contraire très prononcée à la région postérieure de l'avant-bras et à la moitié externe de sa face antérieure, et cette légère hyperesthésie ne permet pas l'emploi de courants énergiques. Le malade se désole dès que le courant prend une certaine intensité. A la face palmaire de la main, la sensibilité électrique est très diminuée.

Le bras gauche est assez sensiblement inférieur en volume au bras droit. Les autres muscles du corps paraissent sains.

Le malade éprouve des *contractions fibrillaires* assez fréquentes dans les muscles de l'avant-bras, du bras, de l'épaule et dans le pectoral à gauche. Les *réflexes* rotuliens sont conservés. Les réflexes olé-crâniens semblent abolis. — Pas d'autres phénomènes nerveux. Les viscères sont sains.

Traitement. Iodure de potassium, 2 grammes, trois pilules d'arséniate de soude à un milligramme. Application de pointes de feu sur la région cervicale et la région dorsolombaire. Electrification périodique trois fois par semaine.

1^{er} mars. Même état.

15 mars. Le malade a éprouvé depuis deux jours des douleurs dans les doigts.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous voyons dans ce cas un malade atteint d'affections diverses du côté gauche du thorax (pleurésie gauche, coup de brancard dans le côté gauche de la poitrine) être pris, plusieurs mois après ces différents accidents, de phénomènes inflammatoires du côté de la main et du membre supérieur gauche. Ces accidents inflammatoires qui furent probablement des phénomènes phlegmoneux superficiels avec lymphangite, furent suivis d'une diminution dans la force du bras gauche. Trois ans après cette affection, en 1877, il s'aperçoit que les muscles des éminences thénar et hypothénar, commencent à s'atrophier. En même temps que l'atrophie des muscles de la main, apparaît l'atrophie des muscles de l'avant-bras. Dès

le début également, apparaît l'anesthésie des quatre derniers doigts et de la face palmaire de la main gauche. Puis, se montrent des altérations des ongles sur lesquelles nous aurons à revenir, et quelques mois après environ, des douleurs très-vives au niveau des extrémités digitales. En 1881, l'atrophie des muscles de la main et des muscles de la région antéro-interne de l'avant bras gauche est complète, les muscles du bras semblent s'atrophier également, et, depuis deux ans, le malade éprouve dans les muscles du côté gauche du thorax, dans les muscles du bras, de l'épaule, dans le pectoral du côté gauche, de fréquents frémissements fibrillaires qui doivent faire craindre la progression de la maladie et l'atrophie de nouveaux groupes musculaires.

Quelle est la nature de cette affection? Nous pouvons éliminer de suite l'atrophie musculaire idiopathique, à cause de l'évolution de la maladie, de l'anesthésie, des douleurs périphériques, des troubles trophiques. Nous avons donc affaire à une atrophie musculaire d'origine périphérique, mais, ici, on peut émettre deux hypothèses sur son étiologie: ou bien l'on peut admettre que l'irritation des nerfs de l'avant-bras et de la main produite par les phénomènes inflammatoires de 1874, latente pendant trois ans environ, a fini par produire des lésions telles dans certains nerfs de l'avant-bras, que ceux-ci ont été presque complètement altérés et qu'il s'en est suivi les phénomènes succédant d'ordinaire à la section plus ou moins complète des nerfs, c'est-à-dire des atrophies musculaires, de l'anesthésie, des troubles trophiques. Il est peu probable que l'altération des ongles de la main gauche soit due uniquement à la brûlure de 1879, car depuis cette époque, les ongles continuent à pousser irrégulièrement, leur altération est accompagnée d'un certain degré de déformation des extrémités digitales, et cette altération se rencontre justement au niveau des doigts anesthésiés, c'est-à-dire des quatre derniers doigts. Il est donc probable que ces lésions des ongles sont en grande partie d'origine trophique.

Mais, outre que l'anatomie des nerfs de l'avant-bras ne permet pas bien de s'expliquer comment il se fait que les muscles de la région antéro-interne, soient seuls pris à l'avant-bras, tandis que tous les muscles de la main sont

atrophiés, il paraît difficile d'admettre que l'atrophie soit due uniquement à une lésion des nerfs périphériques ayant succédé à l'inflammation de 1874. Car, dans ce cas, à moins de supposer une inflammation nerveuse évoluant avec une lenteur excessive, comment expliquer que l'atrophie musculaire ne soit survenue que trois ans après, en 1877, au lieu de se faire en quelques semaines, comme cela a lieu dans les sections des nerfs. On pourrait donc supposer, comme l'a fait remarquer M. Vulpian, que l'irritation plus ou moins permanente des nerfs périphériques a produit dans la moelle des modifications qui, augmentant graduellement, ne se sont manifestées que plus tard, en 1877,

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses; que l'on admette une origine uniquement périphérique ou centrale pour l'atrophie des muscles de l'avant-bras et de la main; il n'en est pas moins incontestable qu'actuellement et depuis deux ans les centres nerveux sont atteints. En effet, d'autres groupes musculaires ne présentant aucun rapport avec les nerfs altérés en 1874 se prennent à leur tour, l'atrophie menace de suivre une marche envahissante, comme l'indiquent les frémissements fibrillaires que l'on constate depuis deux ans dans les muscles de l'épaule, du tronc, du bras, dans le pectoral du côté gauche; comme l'indique la diminution de volume des muscles du bras gauche; comme le font présumer enfin les douleurs survenues en 1880 et se montrant de nouveau actuellement.

Nous voyons donc que, dans ce cas également, nous avons affaire à une atrophie musculaire périphérique, à une de ces atrophies musculaires, dites réflexes, qui, dans le cas actuel, a succédé à l'irritation des nerfs de l'avant-bras gauche.

CONCLUSIONS. — En somme, l'examen détaillé et la discussion de ces observations nous montrent que nous avons eu affaire ici à deux cas d'atrophie musculaire dite réflexe, à deux faits d'atrophie musculaire d'origine spéciale, survenus à la suite de l'irritation des nerfs périphériques. Elles constituent deux types d'atrophie musculaire secondaire à des lésions des nerfs périphériques. On sait que l'on peut diviser ces atrophies en trois groupes :

1° L'atrophie se localise aux muscles innervés par les branches du nerf irrité.

Telles sont les atrophies secondaires aux fractures, aux arthrites, aux névralgies tenaces, etc., qui ne dépendent pas d'une façon évidente d'une altération de la moelle, quoique, comme l'ont fait remarquer MM. Brown-Séquard, Vulpian, Valtat, etc., le fait soit probable dans certains cas. Ces atrophies ont été bien étudiées par les auteurs précités et par MM. Bonnefin, Weir Mitchell, Lasègue, Ollivier, Landouzy, etc. Nous n'avons pas à y insister, nos observations ne rentrant pas dans ce premier groupe.

2° L'atrophie envahit plus ou moins rapidement les muscles du membre blessé. L'altération spinale envahit les régions de la substance grise en rapport avec tous les nerfs du membre.

Telle est notre deuxième observation. Mais, dans ce cas, les groupes cellulaires présidant à l'innervation du membre supérieur gauche, ne semblent pas pris seuls. L'affection menace de s'étendre, d'envahir d'autres groupes, comme l'indiquent les frémissements fibrillaires dans les muscles de l'épaule, le pectoral du côté gauche. Cette observation est donc pour ainsi dire à cheval sur le groupe 2 et le groupe 3; elle constitue un type de passage entre ces deux groupes.

On peut la rapprocher de la belle observation d'atrophie du membre inférieur gauche à la suite de plaie de la jambe par éclat d'obus, publiée à la page 745 des *Cliniques de la Charité*, de M. le professeur Vulpian; du cas de Schwahn (*Deutsche Militär Zeischr.* 1876, p. 342), de l'observation VIII de la thèse de Sabatier, etc.

3° L'atrophie ne se limite plus aux muscles du membre lésé. Elle s'étend plus ou moins rapidement à d'autres muscles, en général aux muscles du membre symétrique. Elle peut s'arrêter là. Parfois elle s'étend, envahit d'autres muscles, les autres membres, en général d'une façon symétrique, et peut devenir le point de départ d'une véritable atrophie musculaire progressive. Dans ce cas, il faut admettre que l'altération spinale produite par l'irritation péripériphérique, quelle que soit d'ailleurs la façon dont agit cette irritation, ne s'est pas limitée à la portion de la substance grise en rapport avec les nerfs du membre lésé, qu'elle s'est étendue plus ou moins rapidement à des parties plus éloignées.

Telle est notre observation I. On peut la rapprocher des cas de MM. Charcot (*Journal de Physiologie* de Brown-Séquard, 1856), Leyden (*Klinik der Rückenmark Krankheiten*, 1875, tome II, p. 232), Etienne (Thèse de Paris, 1878, p. 46), etc., dans lesquels, il est vrai, l'atrophie se limite aux deux membres symétriques. Elle doit être plutôt mise à côté des observations de MM. Poncet de Cluny (*Société de Biologie*, 1875), Guichard (Thèse de Bordeaux, 1881, observ. I).

On a vu que, dans nos deux observations, et on pourrait le constater également en parcourant les autres observations d'amyotrophie d'origine réflexe que j'ai citées, il existe le plus souvent, outre l'atrophie musculaire, d'autres phénomènes dont quelques-uns (douleurs) indiquent, comme l'a fait remarquer M. Vulpian, que, dans ces cas, la substance grise est prise d'une façon plus étendue, et est en quelque sorte plus irritée que dans les atrophies musculaires progressives ordinaires. De plus, ces phénomènes peuvent être parfois d'une certaine utilité, comme nous l'avons vu plus haut dans la discussion de nos observations, au point de vue du diagnostic de la nature de l'amyotrophie.

Ce sont: des douleurs (sortes de douleurs térébrantes) des genoux, des poignets (obs. I); douleurs vives au niveau des doigts, douleurs lancinantes (obs. II);

Des troubles trophiques (altération des ongles, déformation des doigts, (obs. II); ces troubles trophiques étaient des plus prononcés dans l'observation de M. Hayem (*Arch. de Physiol.* 1878).

Une rougeur violacée de la peau avec abaissement très prononcé de la température.

Notons enfin que l'atrophie musculaire, dans ces amyotrophies dites réflexes, semble évoluer en général plus rapidement que dans les amyotrophies ordinaires (quoique, dans la plupart des cas, comme le fait remarquer M. Vulpian, les phénomènes amyotrophiques ne succèdent pas immédiatement à la blessure, mais n'apparaissent qu'une ou plusieurs années après celle-ci); que les muscles se prennent en masse, régulièrement, d'une façon nettement symétrique en général, tandis que, dans les atrophies ordinaires, la maladie frappe irrégulièrement au hasard.

Nous voyons donc, en somme, que ces amyotrophies sont de véritables atrophies musculaires progressives, mais évoluent en général d'une façon particulière, et sont accom-

pagnées de phénomènes spéciaux qui permettront le plus souvent de les distinguer des atrophies musculaires ordinaires.

Je serai bref sur la pathogénie de ces amyotrophies d'origine périphérique. Leur anatomie pathologique étant nulle jusqu'ici, on peut émettre sur leur pathogénie toutes espèces d'hypothèses.

Ces atrophies dépendent évidemment, comme l'ont bien montré MM. Brown-Séquard, Vulpian, Leyden, Charcot, Hayem, etc., d'une lésion de l'axe gris de la moelle, au même titre que la plupart si ce n'est toutes les atrophies musculaires idiopathiques. Aussi, doit-on se borner à citer pour l'éliminer de suite la théorie Friedreich sur le développement de l'atrophie musculaire progressive, sa théorie de la « myosites interstitialis propagata. »

Etant donc admis que ces amyotrophies dépendent d'une altération de la substance grise secondaire à une irritation des nerfs périphériques, comment cette irritation des nerfs périphériques produit-elle ces modifications de l'axe gris et des cellules des cornes antérieures en particulier ?

Ici, trois théories sont en présence. Ce sont : la théorie de la névrite ascendante, la théorie vaso-motrice de M. Brown-Séquard, et enfin la théorie de la diminution du pouvoir trophique des éléments de la substance grise, sous l'influence de leur irritation à distance par les nerfs périphériques, de M. Vulpian.

Pour les partisans de la névrite ascendante, l'inflammation du nerf se propagerait directement tout le long du cordon nerveux jusqu'à son origine spinale, et déterminerait alors dans la moelle des modifications qui seraient la cause de l'atrophie musculaire. Mais, outre que la névrite ascendante, malgré les travaux de Tiessler, Feinberg, Leyden, Kleman, Hayem, n'est pas encore démontrée d'une façon péremptoire, même expérimentalement, il faut remarquer que, très souvent, ces amyotrophies d'origine périphérique guérissent, ce qui démontre, comme le dit très bien le D^r Déjérine à la page 50 de sa thèse (Thèse de Paris, 1879) : « que s'il se produit des lésions matérielles du côté de la moelle, elles sont en tout cas bien légères, puisque la restitution *ad integrum* est la règle. » Enfin, et cet argument suffit à lui seul, il n'existe pas d'autopsie d'atrophie musculaire d'origine réflexe. La névrite ascendante ne pouvant

donc être démontrée actuellement comme causée des atrophies réflexes, il nous faut admettre avec MM. Brown-Séquard et Vulpian, que l'irritation des nerfs périphériques excite à distance la moelle, d'une façon plus ou moins continue. Différentes objections s'opposant, comme l'a démontré M. Vulpian à la page 439 de son livre sur les vaso-moteurs à la théorie vaso-motrice de M. Brown-Séquard, on est bien obligé provisoirement d'admettre avec M. Vulpian : « que l'irritation des nerfs périphériques sensitifs transmise à la moelle, à la substance grise en particulier, y produit des modifications plus ou moins permanentes, diminuant l'activité trophique des cellules des cornes antérieures. Ces irritations pourront devenir, chez des sujets prédisposés, la cause de lésions plus considérables, permanentes des cornes antérieures ; elles pourront même s'étendre à d'autres départements de l'axe gris, et produire ainsi des phénomènes amyotrophiques progressifs et généralisés. »

Séance du 25 mars 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

30. M. OLIVE présente le *poumon* d'un malade du service de M. SEVESTRE. Il existe dans l'organe une vaste caverne. On pourrait d'après l'aspect extérieur des parois se demander s'il s'agit là d'une caverne tuberculeuse ou d'un abcès du poumon. Dans la veine cave et la veine iliaque on a trouvé un caillot fibrineux.

31. *Péritonite chronique tuberculeuse sus ombilicale. — Adhérences costo diaphragmatiques gauches. — Perforation du diaphragme. — Pleurésie purulente. — Mort ;* par A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Félix Viard, âgé de 31 ans, entre le 27 janvier 1881, (service de M. le professeur JACCoud, au n° 20 de la salle Saint-Jérôme.

Cet homme n'a jamais fait, nous dit-il, de maladie sérieuse, mais il est délicat, assez chétif; il tousse presque tous les hivers, bien que du reste il n'ait jamais craché de sang, et ne présente dans sa famille aucun antécédent de tuberculose.

Depuis quatre mois, il se plaint d'éprouver à la région épigastrique des douleurs profondes, constrictives, procédant par alternatives d'exacerbations et de rémissions successives, et accompagnées, au début, de vomissements peu abondants. Il a en même temps perdu l'appétit et les forces, a beaucoup maigri, tousse, et éprouve dans les deux côtés de la poitrine des douleurs vagues et erratiques.

Actuellement, le malade est pâle, amaigri, déjà presque cachectique. Il présente dans la poitrine des signes de tuberculose pulmonaire peu avancée; submatité aux deux sommets en arrière, avec respiration obscure, inégale, expiration prolongée, et quelques craquements secs du côté gauche. Dans les deux tiers inférieurs du thorax, murmure vésiculaire peu ample, affaibli, saccadé, sans frottements pleuraux.

Le ventre est souple, indolent dans sa partie sous-ombilicale. Au-dessus de l'ombilic, au contraire, il est saillant, bombé, surtout au niveau du creux épigastrique; et d'une sensibilité assez vive pour rendre la palpation et la percussion très douloureuses. Toute cette région est tendue, ballonnée, et à peine y touche-t-on que les muscles abdominaux se contractent, et que la figure du malade exprime une vive souffrance.

Le foie et la rate ne semblent pas augmentés de volume; la sonorité tympanique normale de l'épigastre et de l'espace semi-lunaire est remplacée par un son obscur, étouffé, presque mat.

La respiration est presque exclusivement costo-supérieure; à l'inspiration, on constate qu'il ne se produit aucune projection médiane ni latérale; et que les deux moitiés inférieures du thorax subissent un simple mouvement d'ascension verticale, sans participer aucunement à l'amplication de la poitrine.

Le cœur occupe sa situation normale, et ne présente point d'altération de ses bruits.

En présence de cet ensemble symptomatique, on porte le diagnostic suivant; tuberculose pulmonaire, adhérences costo-diaphragmatiques; péritonite chronique sus-ombilicale, probablement tuberculeuse. Traitement: injection de morphine, puis applications répétées de teinture d'iode au niveau de l'épigastre et des hypochondres; régime forte-

ment tonique, vin de quinquina, alcool et viande crue.

Sous l'influence de cet ensemble de moyens thérapeutiques, l'état général et local s'améliore notablement; la diarrhée disparaît, la tuméfaction et la sensibilité de la région épigastrique s'atténuent, et le malade peut recommencer à se lever. Le type respiratoire reste le même: dépression inspiratoire médiane, et, dans les régions latérales, surtout à gauche, traction verticale en masse, sans dilatation excentrique.

18 mars. Au soir, subitement, sans cause connue, douleur excessivement vive à l'épigastre et dans le flanc gauche, avec orthopnée, sueurs froides, angoisse, mort imminente. Injection avec 1 gr. de chlorhydrate de morphine.

19 mars. Le malade est dans un état très grave; la respiration est brève, précipitée, sa voix faible et entrecoupée; il souffre cruellement à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, surtout au niveau de la partie moyenne du rebord des fausses côtes. Toute la région est redevenue saillante, rénitente, l'espace semi-lunaire fait entendre de gros frottements pleuraux et donne à la percussion un son très obscur. En arrière, du côté gauche, matité dans la moitié inférieure de la plèvre, avec souffle dur, à timbre presque caverneux, et, au-dessus, nombreux frottements pleuraux.

En présence de cette complication soudaine, M. Jaccoud pense qu'il a dû se produire une perforation du diaphragme avec pleurésie consécutive, et il se base, pour établir ce diagnostic, sur l'état antérieur du malade, sur le siège de la douleur et ses caractères, sur l'absence de pneumothorax concomitant.

21 mars. L'épanchement a encore augmenté; l'état général reste le même.

Le 22, au matin, mort par asphyxie.

AUTOPSIE. — On ouvre d'abord l'abdomen pour pouvoir examiner la face inférieure du diaphragme et les organes qui s'y rattachent. On constate que le foie est libre dans son lobe droit, mais que son lobe gauche adhère supérieurement au diaphragme par des adhérences fibreuses multiples et résistantes; le revêtement péritonéal du muscle est épaissi et vascularisé. Ces lésions sont surtout prononcées en un point où l'extrémité gauche du foie, le sommet de la rate, et des masses épiploïques graisseuses sont réunis et intimement fixés à la face inférieure du diaphragme. En détruisant doucement ces adhérences, on ouvre un foyer purulent et caséux, parfaitement enkysté et du volume d'une noix environ, situé à la partie moyenne du bord pos-

térieur de la moitié gauche du diaphragme; les fibres musculaires sont à ce niveau dissociées et ramollies.

Dans tout le reste de la cavité abdominale, aucune lésion de péritonite soit ancienne, soit récente, pas d'adhérence ni d'exsudat.

On procède maintenant à l'ouverture du thorax, au moyen de deux incisions latérales reliées par une incision transversale qui passe au-dessus des sixièmes côtes, et laisse intactes toutes les transactions diaphragmatiques.

Le cœur est refoulé derrière le sternum, et la plèvre gauche contient de 3 à 4 litres d'un pus épais et fétide; ses parois sont partout recouvertes d'une couche fibrino-purulente crémeuse. Pas d'épanchement gazeux.

Du côté gauche, le sinus costo-diaphragmatique est effacé par des adhérences fibreuses résistantes qui remontent jusqu'au bord inférieur de la sixième côte, et ne se laissent déchirer qu'avec difficulté. Pas d'adhérences, au contraire, du côté droit, où la main s'engage aisément entre la face profonde des fausses côtes et la partie correspondante de la voûte diaphragmatique.

Le poumon gauche occupe une position anormale, déterminée et par l'épanchement et par des adhérences antérieures. En haut, il est fixé au sommet de la cage thoracique, en bas il s'étale et adhère solidement par toute sa base à la face supérieure du diaphragme; latéralement, pas d'adhérences costales; le poumon est aplati et comme étiré le long de la colonne vertébrale. Dans la base de l'organe, au centre à peu près de la partie adhérente au diaphragme, se voit un petit orifice arrondi, par où une sonde cannelée pénètre facilement et arrive, en suivant un trajet oblique, jusque dans le foyer caséux abdominal. C'est là que s'est faite la perforation qui a amené le développement subit de la pleurésie purulente.

Les deux poumons, une fois enlevés, présentent des lésions intéressantes de tuberculose à deux âges différents : lésions récentes, granuleuses et disséminées; lésions anciennes caractérisées par des masses caséuses et crétaçées dans les deux sommets, avec épaisses parois fibreuses d'enkystement, dépressions étoilées et comme cicatricielles de la surface du poumon. Il s'était produit là autrefois une série de noyaux tuberculeux qui, par le fait seul de leur évolution naturelle, avaient abouti à une guérison relative, jusqu'au jour où, la diathèse s'étant réveillée, ils étaient devenus le point de départ d'une infection secondaire.

Le cœur présente des traces de péricardite subaiguë; vascularisation des troncs aortique et pulmonaire, avec état

poisseux et adhérences filamenteuses; caillots fibrino-cruo-riques dans les cavités; intégrité des appareils valvulaires.

Foie volumineux, à la fois congestionné et en voie de dégénérescence graisseuse. La rate est normale comme volume. Les reins paraissent peu altérés. Pas d'ulcérations intestinales, pas de lésions de l'estomac.

RÉFLEXIONS. — On peut, croyons-nous, établir ainsi qu'il suit la filiation des symptômes et des lésions observés chez notre malade. Cet homme était évidemment tuberculeux depuis déjà bien des années, mais, chez lui, les produits diathésiques étaient restés peu nombreux et peu actifs; malgré sa situation misérable, malgré l'absence de tout traitement, il était presque arrivé à une guérison naturelle et spontanée, ne conservant comme lésion que ses tubercules de guérison aux deux sommets, et ses adhérences costo-diaphragmatiques et pleuro-pulmonaires du côté gauche.

Plus tard, et sans cause que nous puissions déterminer, un nouveau foyer caséux entre en activité à la base du poumon gauche, soit primitivement au-dessous du diaphragme, et aux dépens peut-être d'un ganglion lymphatique, soit au-dessus de ce muscle, pour le traverser ensuite et devenir intra-abdominal. C'est à ce moment que se montrent tous les signes cliniques d'une péritonite chronique sus-ombilicale.

Mais, en même temps, des adhérences protectrices viennent limiter le foyer caséux, et gêner son développement du côté de la cavité péritonéale. Son évolution se fait alors de bas en haut, à travers la base même du poumon gauche, jusqu'au jour où une perforation se produit, et détermine une pleurésie purulente suraiguë et rapidement mortelle. Le rapport des symptômes et des lésions nous semble ainsi parfaitement net et facile à comprendre.

Remarquons en terminant, que, pendant la vie, l'observation attentive des signes fonctionnels et physiques avait permis d'établir le diagnostic anatomique le plus exact.

32. Cancer primitif du foie; par GILLES DE LA TOURETTE, interne provisoire.

Person, cartonnière, 58 ans, est entrée le 18 février 1881, salle Saint-Landry, lit n° 4, Hôtel-Dieu annexe, service de

M. LANDOUZY. Pas d'antécédents héréditaires : son père et sa mère sont morts dans un âge avancé, elle a encore une sœur bien portante et deux de ses frères seraient morts l'un à 55 ans, l'autre à 56 de maladie indéterminée. Elle n'a pas eu de gourme pendant son enfance, a été réglée à onze ans et demi et a cessé de l'être à 53 ans. Elle a eu 14 enfants; deux seulement sont vivants, les autres sont tous morts en bas âge, le plus vieux à 4 ans, le plus jeune à 17 mois, de convulsions, de rougeole, ou autres affections infantiles. Elle a fait en outre trois fausses couches. A 16 ans, elle a eu la rougeole, la fièvre cérébrale et une fluxion de poitrine : depuis dix ans, elle est rhumatisante sans attaques franchement aiguës. Néanmoins, elle se portait d'une façon relativement satisfaisante lorsque, sans cause appréciable, il y a six mois, elle a commencé à perdre l'appétit ; après le repas, l'estomac se remplissait de gaz, il y avait un peu de météorisme abdominal, en un mot tous les signes d'une dyspepsie flatulente des plus accentuées. Ces phénomènes marchaient de pair avec un amaigrissement qui allait croissant de jour en jour, en même temps, l'épigastre et l'hypochondre droit devenaient le siège de douleurs spontanées, exaspérées par la pression. Le 17 décembre, survenait un ictère assez intense pour lequel elle rentre à l'hôpital Lariboisière ; au bout de trois semaines, la teinte ictérique disparut et fit place à une teinte jaune sale très marquée. A partir de ce moment apparurent les vomissements, alimentaires surtout, et presque incessants. L'estomac ne pouvait tolérer aucune nourriture : l'appétit s'affaiblissait de plus en plus et il survenait un dégoût presque invincible pour les aliments azotés, la viande en particulier. Ces vomissements, qui coïncidaient avec une constipation opiniâtre, se continuèrent jusqu'au milieu de janvier ; à cette époque, il y eut une légère accalmie, mais bientôt les forces diminuèrent de plus en plus et les vomissements, survenant à nouveau, la malade dut rentrer à l'hôpital où nous la trouvons aujourd'hui (18 février 1881).

P..., de taille moyenne, avec un certain degré de lordose lombaire probablement rachitique et datant de la première enfance est très énervée ; les traits sont tirés ; le teint jaune cachectique, la peau sèche et écailleuse. Il existe un léger œdème malléolaire. Les poumons et le cœur fonctionnent normalement, le pouls est à 70, la température rectale donne 37°,6 ; les urines sont peu abondantes, non albumineuses, la constipation rebelle ; les selles sont décolorées, mais très fétides. La palpation de l'hypochondre droit est douloureuse, de même pour la région épigas-

trique. La main qui explore sent nettement que les fausses-côtes sont soulevées dans tout l'hypochondre par une masse volumineuse, lisse, douloureuse à la pression et ne pouvant appartenir qu'au foie, dont le bord tranchant semble émoussé et arrondi. La rate paraît avoir son volume normal ; la région épigastrique, quoique douloureuse, ne donne pas la sensation nette d'une tumeur, le péritoine ne semble pas envahi.

21 février. L'œdème malléolaire double oscille ; il apparaît et disparaît d'un jour à l'autre ; la malade ne prend aucun aliment solide et se nourrit de lait et de bouillon ; du reste, le plus souvent, il ne s'écoule pas une demi-heure sans que le vomissement survienne. A ce propos, il convient de dire que jamais P... n'a eu de vomissements noirs, pas plus que nous n'avons jamais constaté de sang dans ses garde-robes.

25 février. Les symptômes restent les mêmes, les vomissements se sont un peu arrêtés sous l'influence de la glace et de l'eau de seltz ; douleurs continues dans l'hypochondre droit ; pas d'ictère.

7 mars. La malade s'affaiblit de plus en plus ; l'émaciation fait des progrès rapides ; les vomissements sont incessants ; le soir, la peau est chaude, le pouls rapide. Ces phénomènes se continuèrent ainsi sans caractères particuliers, si ce n'est que, à partir de ce moment, tous les soirs la température rectale donnait de 38°,8 à 39°,5 avec rémission matinale. Néanmoins les trois derniers jours, la fièvre devint continue, et, sans inflammation appréciable, la malade succomba le 18 mars.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate un peu d'épanchement du côté droit ; le poumon, de ce côté, est bridé par quelques fausses membranes molles et pulpeuses ; le parenchyme pulmonaire droit et gauche est sain. Le cœur est normal, un peu flasque et décoloré. L'examen le plus attentif de l'estomac, de la rate, des poumons, de l'intestin, et des ganglions mésentériques, des reins et des capsules surrénales, permet de constater que ces viscères ne sont nullement altérés. L'utérus et ses annexes y compris la vessie sont normaux. La peau, la glande mammaire, les globes oculaires ne présentent rien de particulier, le cerveau est intact ; une coupe transversale de la colonne vertébrale ne révèle rien d'anormal. Il n'en est pas de même du foie : celui-ci est volumineux, bien qu'il ne paraisse pas excéder de plus d'un quart le volume d'un foie normal. Il est lisse

et la face convexe paraît, surtout à droite, transformée en une vaste masse jaune claire. Une coupe, faite à ce niveau, montre nettement une dégénération particulière du parenchyme, sous forme de tissu dur, compacte, réuni en bloc, criant presque sous le scalpel et ne donnant pas de suc au raclage; presque tout le lobe droit, le lobe de Spigel et le lobe carré sont réunis en une masse offrant les caractères sus-indiqués; dans le lobe gauche, moins envahi, on voit, sur une coupe perpendiculaire au grand diamètre, de petits îlots arrondis, gélatiniformes et grisâtres qui paraissent être le point de départ de la lésion et forment par leur réunion une espèce de contour polycyclique, réunissant des masses de tumeur jaunâtre réunies en bloc, du volume environ d'un œuf de poule. Les voies biliaires sont partout perméables; pas de calculs dans la vésicule; pas de ganglions au niveau du hile; rien dans le péritoine, pas de traces d'ascite ou de périhépatite. — La tumeur, examinée au laboratoire du P^r Charcot par M. Gombault, a été reconnue comme étant nettement cancéreuse et non épithéliomateuse.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue anatomique, nous ne saurions trop insister sur deux points : 1° La localisation primitive de la diathèse cancéreuse sur le parenchyme hépatique, sans altération des voies biliaires, l'examen le plus minutieux des autres organes n'ayant pu fournir le moindre indice d'un point de départ. 2° La présence d'une tumeur cancéreuse, constatée par l'examen microscopique, et non épithéliale, allant à l'encontre de l'opinion qui fait de tout carcinome hépatique un épithélioma.

En outre, au point de vue clinique, deux faits sont également à remarquer : 1° La constance des vomissements, constance telle que l'idée d'un cancer stomacal primitif avec propagation hépatique devait s'imposer au clinicien. 2° La fièvre intermittente vespérale, qu'on retrouve si souvent dans les cas d'insuffisance hépatique.

33. ELECTIONS. — M. **LELOIR** est nommé membre titulaire. MM. **LENDRE** et **HAVAGE** sont élus membres correspondants.

Le Secrétaire,
G. **BALLET**.

AVRIL

Séance du 2 avril 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

1. **Kyste hydatique multiloculaire du petit bassin. — Adhérences multiples avec les organes avoisinants, intestins, utérus, vagin, etc. — Adhérence de la vessie et incontinence d'urine. — Oligération presque complète du vagin ;** par BOULEY, interne des hôpitaux.

La nommée Lorin, Louise, âgée de 60 ans, sans profession, entre le 20 février 1881, salle Sainte-Marguerite, lit n° 4, service de M. PÉRIER, hôpital Saint-Antoine.

Antécédents. Réglée à l'âge de 14 ans. Mariée de bonne heure, un enfant et une fausse couche de 6 mois. Bonne santé habituelle. A l'âge de 46 ans, c'est à dire il y a 14 ans, est survenue spontanément une *incontinence d'urine* qui n'a pas cessé depuis. La malade ne fait pas remonter à cette époque le début de cette affection. Ce n'est qu'il y a trois ans, dit-elle, qu'elle a constaté, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur qui lui occasionnait quelques tiraillements douloureux. Cette tumeur aurait augmenté insensiblement depuis cette époque, de façon à acquérir le volume relativement considérable qu'elle offre actuellement. D'ailleurs, santé générale assez bonne. La malade n'a pas perdu l'appétit. Entrée dans le service de M. Beaumetz le 23 février, elle est bientôt après envoyée chez M. Périer, en vue d'une intervention chirurgicale.

Etat actuel. Ventre gros, irrégulièrement développé, plus volumineux à gauche qu'à droite. Par la palpation, on sent deux tumeurs assez distinctes, l'une dans la fosse iliaque droite, de la grosseur d'une tête de fœtus et d'une consistance assez dure, l'autre beaucoup plus volumineuse, développée dans le côté gauche de l'abdomen et manifestement kystique. On ne perçoit pas de frémissement hydatique. Les intestins sont refoulés en haut. Matité dans toute la partie inférieure. — Pas d'ascite.

En pratiquant le *toucher vaginal*, l'index ne pénètre qu'à 5 centimètres et se trouve arrêté par un cul-de-sac, en avant et en arrière duquel on sent une tumeur arrondie, dure et volumineuse. Le vagin paraît ainsi complètement oblitéré ; cependant, après l'application du spéculum, on peut introduire par un petit orifice, situé au fond du cul-sac, un stylet qui remonte à une assez grande hauteur (10 centimètres environ). Par le *toucher rectal*, on sent en avant une tumeur également dure, arrondie et volumineuse.

L'incontinence d'urine est absolue. La malade mouille continuellement ses linges. La défécation est difficile. Constipation habituelle. L'état général s'affaiblit. La malade commence à perdre l'appétit. Faciès pâle et amaigri.

25 mars. On remarque que les urines sont moins abondantes. On peut en recueillir une petite quantité et on y constate la présence de l'albumine. Apparition de symptômes d'urémie : vomissements opiniâtres, altération de la voix, dyspnée, léger abaissement de la température (36°,4). Ces symptômes d'urémie vont en augmentant de gravité, la malade meurt dans le coma le 29 mars.

AUTOPSIE. — Pas de liquide dans la cavité péritonéale.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre une tumeur volumineuse occupant tout le petit bassin et une grande partie de l'abdomen. Elle est constituée par des *kystes multiloculaires*, les uns situés à gauche et les autres à droite, tous reliés entre eux par des tractus fibreux résistants. Ceux du côté gauche sont au nombre de 3, dont 2 supérieurs offrent la grosseur de la tête d'un fœtus environ, et le 3^e, inférieur, formant la masse principale de la tumeur, offre un volume environ 4 fois plus considérable. Ce dernier offre, sur certains points, des diverticulums formant des masses secondaires.

A gauche, on rencontre 2 kystes, dont l'un inférieur, très régulièrement arrondi, offre le volume d'une tête de fœtus ; et l'autre, du volume du poing, coiffe le premier à la façon d'un casque. Ils sont réunis l'un à l'autre par des adhérences fibreuses. Le poids de toute la tumeur est de 6 kilogrammes.

Rapports des kystes avec les organes voisins. Adhérences assez intimes de l'intestin grêle à la partie supérieure de la tumeur ; la vessie est enclavée entre les kystes du côté droit et ceux du côté gauche. Elle y est intimement adhérente et elle est ainsi maintenue écartée. Ses parois sont atrophiées.

Le *vagin* est normal dans sa partie antérieure. A 6 centimètres, on rencontre un cul-de-sac produit par des brides fibreuses et des adhérences au kyste, du côté droit. Puis, faisant suite au vagin et accolé à la partie postérieure du kyste, on trouve un conduit long de 10 centimètres et dont la largeur égale à peine celle d'un crayon. Ce conduit, dont les parois sont très peu épaisses, paraît s'être formé plutôt aux dépens du vagin. Il vient se terminer à l'*utérus*, dont le corps est facilement reconnaissable. Ce dernier, légèrement atrophie, est également accolé à la partie postérieure du kyste, du côté droit.

L'*ovaire*, du côté *droit*, normal, se trouve situé très près de la corne droite de l'*utérus*, accolé aussi au kyste, du même côté. A côté de lui, on voit la *trompe*, dont le ligament allongé passe en formant cordon au-dessus du petit kyste, que nous avons dit coiffer le kyste principal. Il paraît lui-même faire suite à l'*utérus*, de sorte que le vagin, l'*utérus*, le cordon intermédiaire et le ligament du côté droit ne forment plus qu'un seul et long conduit. A *gauche*, on trouve facilement la *trompe*, avec son ligament, adhérent aux kystes du même côté. Mais, on ne parvient pas à découvrir l'*ovaire*.

Les deux *uretères*, accolés au kyste du côté droit et naturels dans leur partie inférieure, sont très dilatés dans leur partie supérieure. Le bassin forme une vaste poche cloisonnée. — Les *reins* sont distendus et leur substance est considérablement atrophie. Ils sont presque réduits à l'état de masse fibreuse. En un mot, ils offrent tous les caractères qu'on rencontre dans l'hydronéphrose. L'examen histologique a montré les lésions d'une néphrite interstitielle, avec infiltration de jeunes éléments embryonnaires.

Contenu des kystes. Les kystes contiennent dans leur intérieur : 1° Une grande quantité de *vésicules hydatiques* (au moins 300 dans le plus gros kyste). Leur volume est très variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Parmi les plus petites, quelques-unes sont réunies les unes aux autres, en forme de chapelet ou en forme de grappe de raisin. Quelques vésicules contiennent dans leur intérieur des vésicules plus petites. Le microscope révèle la présence des crochets. 2° Des membranes gélatiniformes, transparentes, parsemées à leur face interne de petits grains blanchâtres (membrane germinale). Ce sont des membranes de vésicules hydatiques rompues. 3° Un liquide transparent, aqueux, ne coagulant ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, et provenant des vésicules hydatiques rompues.

A côté de ces kystes hydatiques arrivés à leur parfait développement, on en trouve d'autres qui ont subi une régression complète. Ils sont affaissés et forment de petites tumeurs mollasses. Leur contenu est constitué par une bouillie jaunâtre, ressemblant à du mastic. La paroi est épaisse et granuleuse, et paraît avoir subi un commencement d'infiltration calcaire; quelques-uns de ces petits kystes, englobés dans du tissu fibreux, ont absolument la forme et la consistance d'un haricot cuit. Les autres parenchymes : foie, reins, cœur, etc., ne renferment pas trace de vésicules hydatiques.

RÉFLEXIONS. — Bien que la malade ne fasse remonter qu'à 3 ans le début des accidents, il est probable que les kystes ont pris naissance beaucoup plus tôt, puisque l'incontinence d'urine, développée vraisemblablement sous leur influence, date de 14 ans.

Les kystes hydatiques du petit bassin sont assez rares. M. Charcot (*Gaz. méd. de Paris*, 1852) en a rassemblé 12 cas, dont 6 chez la femme. Plusieurs coïncidaient avec le développement d'hydatides dans d'autres points du corps. Quand ils sont localisés au petit bassin, comme dans notre cas, le diagnostic est presque absolument impossible. Ils sont, le plus souvent, pris pour des kystes multiloculaires de l'ovaire. Tel avait été, en effet, le diagnostic porté. Nous signalerons particulièrement les adhérences multiples contractées avec les organes avoisinants.

2. Invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin chez une vieille femme. — Mort; par J. GIROU, interne des hôpitaux.

La nommée B..., âgée de 64 ans, entre le lundi 28 mars salle Sainte-Agathe, n° 8, dans le service de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme prétend n'avoir jamais été malade, mais, au moment où on l'a reçoit, elle paraît à peine pouvoir se tenir debout, tant est vive la douleur qu'elle ressent dans l'abdomen. Le soir, elle raconta les faits suivants: la veille, le dimanche matin, elle prit, vers 6 heures 1/2 du matin, un verre de vulnéraire pour apaiser une crise de dyspnée (elle y était sujette); à 9 heures du matin, elle éprouva subitement, en tenant un enfant de 3 ans sur les bras, une

douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Elle compare cette douleur à celle de l'accouchement.

Elle se crut empoisonnée par le vulnérable qu'elle avait pris, et alla trouver un médecin à qui elle communiqua cette idée, et qui lui donna, dit-elle, un vomitif qui resta sans effet; dans la matinée, elle eut une selle normale.

La douleur continua à augmenter toute la journée, la nuit et le lendemain. Le lundi soir, 30 heures après le début des accidents, la malade accuse une douleur très violente dans l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque droite, sans qu'il y ait de météorisme, de selles, d'envie de vomir, ni, à plus forte raison, de vomissements. La malade n'a pas de fièvre; le pouls est bon, la peau fraîche, mais elle n'a rien pris depuis hier matin.

La fosse iliaque droite paraît un peu plus volumineuse que la gauche. La palpation y est d'abord horriblement douloureuse. Peu à peu, la malade s'y habitue, et alors on sent, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'épine iliaque et en dedans, une tumeur arrondie de haut en bas, fortement allongée transversalement, légèrement mobile surtout de haut en bas, et simulant la forme du rein. Elle est plus nettement limitée inférieurement que supérieurement.

En présence de ce manque de symptômes intestinaux, je pense à un rein mobile, tout en laissant un point d'interrogation, à cause du siège.

Le mardi matin, vers 6 heures, 45 heures après le début des accidents, elle a des vomissements bilieux, et une selle sanguinolente, mais elle ne rend pas plus de 400 gr. de liquide par chacun des 2 orifices. La tumeur est moins nettement limitée, le météorisme abdominal commence à peine à se montrer, et le diagnostic : invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin par la valvule iléo-cœcale est immédiatement porté.

A cause de la bénignité des symptômes, du peu d'avancements des accidents et de la diminution de la douleur, M. Beaumetz est d'avis de tenter un traitement médical avant d'avoir recours à la laparotomie. De la glace est mise sur le ventre, et on pratique une séance d'électrisation avec les courants continus, en produisant les intermittences à de très longs intervalles; un des réophores est appliqué au niveau de la tumeur, et le second dans l'anus.

Le soir, la malade est dans le même état que le matin. Elle meurt le mercredi matin, à 9 heures, 72 heures après le début des accidents, et sans avoir eu de nouvelle selle, ni de nouveaux vomissements.

AUTOPSIE, faite 24 heures après la mort. — Toutes les lésions trouvées sont localisées à l'abdomen, où l'on trouve une injection générale de l'intestin grêle, sans trace encore de produit inflammatoire, sans fausses membranes. Des gaz en petite quantité le remplissent, ainsi que des matières demi-liquides.

Au niveau de la fosse iliaque droite, on voit une anse d'intestin grêle pénétrer dans le gros intestin, à travers la valvule iléo-cœcale ; mais, elle est d'abord entourée par un repli de l'intestin grêle qui l'entoure, de sorte que l'intestin ne s'est pas plié sur lui-même au niveau même de l'insertion de la valvule, mais un peu plus haut ; l'anse invaginée comprend donc deux parties, une, continue dans l'intestin grêle, et une dans le gros intestin. La première de ces 2 parties a environ 6 à 7 centimètres de long, et la seconde 18 à 20 au moins ; cette section forme une S, présentant sa dernière convexité beaucoup plus considérable que la première, surtout en avant, et constituant ainsi la tumeur que l'on percevait par le palper abdominal.

La surface de cette anse est brunâtre, fortement congestionnée, ecchymotique, et offre en un point, à sa partie moyenne, une valve de 4 ou 5 plis dont le pourtour est presque complètement perforé. Une autre perforation, complète, mais étroite, siège plus près de sa base, à 3 ou 4 centimètres de l'étranglement.

Si on exerce une traction sur la partie supérieure de l'intestin grêle pour essayer de faire la réduction, on constate qu'elle est complètement impossible ; cette irréductibilité tient à un premier étranglement de la tumeur, au niveau de la valvule iléo-cœcale. Quand on a incisé cet étranglement on arrive sur une cavité assez volumineuse, limitée par l'intestin grêle enveloppant. Cette cavité, remplie de sang coagulé, est limitée en haut par un second étranglement qui borne inférieurement une cavité semblable à la première et remplie également par du sang coagulé.

Le sang et les fausses membranes remplacent l'intervalle qui, dans le boudin invaginé, sépare les deux tuniques séreuses accolées.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est fort importante au point de vue de la rapidité des phénomènes. M. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, publie un tableau de 23 opérations faites sur l'invagination intestinale. Or, chez l'adulte, la désinvagination a toujours été possible, et, cependant, dans les cas qu'il donne, elle n'a jamais été tentée avant la fin

du 4^e jour. Notre malade est morte au 3^e jour, et avec une perforation complète, et une seconde commençant à se produire. La péritonite généralisée existait déjà.

Ce cas doit donc, il nous semble, inviter les chirurgiens à une grande prudence, et les engager à ne pas tenter d'opération sur les invaginations intestinales aiguës après les premières heures de l'accident. En effet, toutes les opérations indiquées par M. Peyrot, dans lesquelles la désinvagination n'a pas été possible, se sont terminées par la mort, quels qu'aient été les soins pris par l'opérateur.

M. RECLUS fait observer que, dans les cas analogues à celui rapporté par M. Girou, l'indication est la même qu'en face d'une hernie étranglée; il faut agir le plus rapidement possible, si l'intervention chirurgicale est reconnue nécessaire.

3. Carcinome primitif de la capsule surrénale; par SAPELIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Becker, âgé de 58 ans, exerçant la profession d'ébéniste, est entré le 4 janvier, salle Saint-Etienne, n° 18, dans le service de M. le D^r HALLOPEAU, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme ne présente aucun antécédent héréditaire appréciable; son père est mort alcoolique à 34 ans, sa mère a succombé à une fluxion de poitrine à 55 ans; il a eu un frère et 2 sœurs, mais qui sont morts tout jeunes. On ne trouve dans sa famille aucune trace ni de cancer, ni de syphilis, ni de diathèse tuberculeuse.

Le malade lui-même ne présente rien comme antécédents. Il n'a jamais eu d'accidents syphilitiques d'aucune nature; il n'a fait que rarement quelques excès de boisson, et, bien que toussant facilement tous les hivers, il n'a jamais eu d'hémoptysie et ne présente aucun signe de lésion tuberculeuse. On note seulement dans son histoire, il y a 15 ans, une attaque de rhumatisme poly-articulaire, avec fièvre, qui a nécessité un séjour de trois mois à l'hôpital, et pendant laquelle le malade ne paraît pas avoir eu d'accidents cardiaques.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, cet homme a été pris de diarrhée qui n'a pas cessé. Il a éprouvé en même temps quelques douleurs de reins. Pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue. Il y a six semaines, apparition d'œdème

des jambes, plus marqué à la fin de la journée. Pas d'œdème de la face, pas de troubles de la sécrétion urinaire. Le malade maigrit rapidement, perd l'appétit et les forces, et cesse de travailler.

A son entrée, on constate que cet homme, bien que très amaigri, ne présente pas de faciès cachectique ni cancéreux. Œdème des membres inférieurs et du scrotum; ventre un peu ballonné et contenant une petite quantité de liquide. Pas d'œdème de la face. En aucun point du corps, on ne constate de modifications de la pigmentation.

La diarrhée est assez abondante; jamais de sang dans les selles; jamais de vomissements; l'examen du rectum ne fait pas constater l'existence d'une affection organique. Le foie, la rate palpés et percutés présentent leur volume normal, l'examen de la poitrine fait constater dans la plèvre gauche un léger épanchement caractérisé par de la matité, de la diminution des vibrations et du murmure vésiculaire, du souffle et de l'égophonie. Rien au cœur.

Les urines sont peu colorées et en quantité assez considérable; elles contiennent une quantité notable d'albumine; on n'y constate ni sang, ni mucus, ni débris, ni dépôts d'aucune sorte.

Février. La diarrhée a fini par disparaître; l'épanchement thoracique ne s'est pas modifié; les urines restent claires et limpides et contiennent toujours de l'albumine. L'amaigrissement et la faiblesse vont chaque jour en s'accroissant. Pas de mélanodermie.

11 mars. Le malade s'éteint sans souffrances et sans avoir présenté aucun nouveau phénomène.

AUTOPSIE. — Dans la plèvre gauche, 1 litre environ de liquide citrin; pas trace d'adhérences pleurales en aucun point. Les *poumons* sont légèrement congestionnés et présentent seulement quelques lobules emphysémateux. Pas d'épanchement péricardique; cœur sain.

La masse viscérale thoracique et intestinale a été enlevée en bloc; on en sépare ensuite les différents organes: on isole ainsi le *foie* qui n'est le siège d'aucune altération, la *rate* qui est saine; puis, on trouve dans la région rénale trois masses ayant toutes trois l'aspect de reins, mais, à un examen moins superficiel, il est facile de reconnaître que l'on n'a sous les yeux que 2 reins, plus une *tumeur*.

La masse unique qui était à gauche est le rein gauche encore coiffé de sa capsule surrénale. A la coupe, on constate l'aspect du gros rein blanc; la capsule surrénale est saine.

Des deux masses enlevées à droite, l'une est le rein droit, plus volumineux que le gauche, et, de plus, irrégulier, bosselé à sa partie supérieure. A la coupe, on constate qu'en ce dernier point sa substance est modifiée et qu'il ne s'agit pas d'une tumeur accolée à l'extrémité supérieure du rein, le tout étant sous-jacent à l'enveloppe du rein. Cette portion du rein présente un aspect identique à celui de la troisième masse. Le reste de l'organe a l'aspect du gros rein blanc. Notons enfin qu'on ne trouve aucun vestige de la capsule surrénale droite.

La troisième masse qui était au-dessus du rein droit a la forme d'un rein. Mais, la décortication est impossible et la coupe fait reconnaître qu'on a sous les yeux un carcinome encéphaloïde (l'examen microscopique a justifié cette opinion) sans trace de la structure rénale.

En aucun point on ne trouve de ganglions lymphatiques ni dégénérés, ni hypertrophiés. Il est donc permis d'admettre qu'on se trouve en présence d'un carcinome encéphaloïde primitif de la capsule surrénale droite, ayant provoqué, secondairement et par continuité, le développement d'une affection de même nature dans la portion voisine du rein.

Il est intéressant de faire remarquer, encore une fois, qu'il ne nous a jamais été donné de constater le moindre signe de mélanodermie chez ce malade, et que les urines n'ont jamais présenté que de l'albumine, sans éléments sanguins ni débris d'aucune sorte.

4. M. DE GASTEL présente un *cancer* de l'extrémité supérieure de l'*humérus*, avec noyaux secondaires dans le foie.

5. M. MOUTARD-MARTIN montre un cas d'*endocardite puerpérale*. Durant la vie, M. Netter a trouvé, dans le sang de la malade, une bactérie qu'il avait déjà rencontrée dans plusieurs cas d'*endocardite infectieuse*. Il existe des perforations valvulaires, une communication anormale entre le ventricule gauche et l'oreillette droite. Du côté de l'utérus, on a trouvé des débris de placenta, mais qui n'avaient pas subi la transformation putride.

6. *Valvule du col de la vessie*. — Cavity profonde située entre cette valvule et la prostate, au-dessous du niveau du canal urétral; par F. P. GUIARD, interne des hôpitaux.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la

Société anatomique a été recueillie sur un homme de 55 ans, qui a succombé à un ramollissement cérébral dans le service de M. MILLARD, à l'hôpital Beaujon. (Julien Bolvin, 55 ans, mécanicien, entré le 7 mars 1881, salle Saint-Louis n° 4, décès le 23 mars 1881.)

Elle présente comme particularité intéressante une disposition spéciale du col de la vessie et des parties voisines, dont les exemples, croyons-nous, ne sont pas très fréquents.

La vessie étant ouverte, lorsqu'on examine sa paroi antérieure, on constate vers la région du col un orifice assez large, limité en bas par une saillie transversalement dirigée et présentant la forme d'un croissant dont les deux cornes ont une direction ascendante. Cette saillie, amincie vers son bord libre, n'acquiert en aucun point une grande épaisseur; elle ne mesure pas à sa base plus de 2 ou 3 mm., sa partie moyenne est un peu renflée et représente une sorte de nodule, elle n'est évidemment pas constituée par une hypertrophie du tissu de la prostate, mais par une bandelette de la couche musculieuse.

Si on tend fortement la paroi antérieure de la vessie, de manière à représenter l'organe dans son état de plus grande distension, on voit que la valvule s'élève de façon à modifier très notablement l'orifice qu'elle limite. Il n'existe plus alors qu'une fente allongée dans le sens transversal, un peu concave en haut, et située à un niveau supérieur de quelques millimètres au canal urétral.

Mais, si on abandonne la paroi antérieure et si on la laisse revenir sur elle-même, la valvule se relâche et permet d'apercevoir immédiatement au-devant d'elle une fente transversale, de 1 cent. 1/2 environ, qui représente l'orifice supérieur d'une cavité aplatie d'avant en arrière. Cette cavité se prolonge, en se dirigeant un peu en bas et en avant, du côté du rectum jusqu'à la couche celluleuse périprostatique, et mesure ainsi une profondeur de 2 cent., c'est-à-dire toute l'épaisseur de la prostate.

Lorsqu'on regarde la vessie du côté de sa face inférieure et externe, on retrouve une fente également transversale, en continuité avec la précédente. Mais, le fond même de la cavité en rapport avec le rectum a été détruit en enlevant la pièce. On voit seulement la couche celluleuse qui entoure la prostate arriver jusqu'à ses bords, sans présenter d'altérations. La masse de la prostate est facile à sentir immédiatement en avant; elle n'est pas notablement hypertrophiée et sa face postérieure forme la paroi antérieure de la poche.

La muqueuse qui tapisse cette cavité ne présente aucune

trace d'altération quelconque. Elle est mince et offre la même couleur blanchâtre que la muqueuse vésicale qui est absolument saine.

Quant à l'orifice profond de l'urèthre, le véritable col vésical, il se voit par la face interne de la vessie au-dessus de la cavité rétroprostatique et se présente sous la forme d'un orifice fermé et limité par une zone à plis radiés. La fente limitée intérieurement par la valvule dont j'ai parlé est en regard de lui lorsque la paroi antérieure de la vessie est relâchée. Mais, quand on la tend, au lieu de se continuer avec la vessie, le canal uréthral conduit directement dans la cavité située entre la valvule et la prostate, de telle sorte qu'une sonde cannelée introduite dans le canal vient alors se coiffer de cette valvule. On conçoit la difficulté qu'une semblable disposition pourrait apporter dans le cathétérisme. Toutefois, nous avons eu soin de sonder le sujet avant d'enlever la pièce, et nous avons pénétré facilement dans la vessie. Il est vrai qu'elle contenait alors peu d'urine. Si elle avait été distendue, il est possible que le cathétérisme eût été moins facile.

Quoi qu'il en soit, cette disposition n'avait déterminé pendant la vie aucun trouble fonctionnel. Non seulement le malade n'avait accusé aucun symptôme spécial, mais, nous constatons une intégrité absolue des muqueuses vésicale et uréthrale, qui exclut toute idée d'un obstacle notable au cours de l'urine.

Il nous semble assez difficile de nous rendre un compte exact du mode de formation de la disposition que nous avons essayé de décrire. Il est peu probable qu'elle soit congénitale, car elle ne rappelle aucune phase du développement normal de la vessie et de l'urèthre. Nous serions plutôt tenté de croire qu'elle a une origine pathologique, et qu'elle représente le vestige d'un ancien abcès de la prostate ou mieux de la couche périprostatique, ouvert dans le col de la vessie. Dans l'histoire des antécédents du malade, on a noté plusieurs blennorrhagies, mais sans abcès au périnée et sans aucun symptôme de prostatite. Nous ne pouvons donc appuyer cette hypothèse sur aucun renseignement précis.

7. Hypertrophie de la prostate. — Saillie du lobe moyen. — Rétention d'urine. — Cellule vésicale. — Cystite purulente. — Néphrite; par F. P. GUIARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Saumier Casimir, âgé de 37 ans, tailleur, est entré le 24 janvier 1881 à l'hôpital Beaujon, 1^{er} pavillon, n° 56, service de M. le professeur LE FORT.

Je dois à l'obligeance de M. Ozenne, interne du service, les renseignements qui suivent sur les phénomènes que ce malade a présentés pendant la vie. On retrouve dans ses antécédents une blennorrhagie dans la jeunesse. Depuis une quinzaine d'années, la miction est devenue plus fréquente, le jet d'urine moins énergique. Le malade arrosait ses chaussures. — En mai 1880, il est entré à l'hôpital Beaujon pour de vives douleurs abdominales. Il y séjourne une dizaine de jours pendant lesquels il est plusieurs fois sondé. Depuis cette époque, il a plus ou moins régulièrement continué le cathétérisme.

Le 17 janvier dernier, huit jours avant de revenir à l'hôpital, il est pris de nouveau de douleurs très fortes dans la région hypogastrique et sur le trajet du canal. La miction devient plus fréquente, se répète une quinzaine de fois dans les 24 heures et exaspère la douleur. — Le 22 janvier, il éprouve en outre des douleurs dans la région lombaire, du côté gauche. — Le 24, il entre à l'hôpital. Les urines sont épaisses, purulentes, fétides. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde en gomme n° 19, se fait facilement, bien que le toucher révèle une hypertrophie notable de la prostate.

Le malade est sondé 2 fois par jour. Lavages avec de l'eau alcoolisée camphrée. Les jours suivants, les douleurs hypogastriques deviennent de plus en plus vives, et rendent la moindre pression abdominale très douloureuse. La miction est de plus en plus pénible et la douleur lombaire elle-même s'accuse davantage. Le pouls est petit, fréquent, le faciès est abattu. L'état général s'aggrave de plus en plus et la mort survient enfin dans la nuit du 29 au 30.

AUTOPSIE. — Ayant enlevé la vessie et l'urèthre de cet homme, j'ai constaté les dispositions suivantes : La prostate est le siège d'une hypertrophie très prononcée, la circonférence extérieure ne mesure pas moins de 12 centimètres au niveau des lobes latéraux, et, lorsqu'on a fendu l'urèthre par sa face supérieure, on constate, sur la coupe, que la portion de la glande antérieure au canal offre une épaisseur de 18 millimètres environ.

D'un autre côté, le lobe moyen fait vers la vessie une saillie assez marquée, saillie d'apparence conique à sommet inférieur, présentant libres une base tournée vers la cavité vésicale et une face antérieure répondant au canal de l'urèthre. La base mesure 2 centimètres dans le sens transversal, 1 cent. 1/2 d'avant en arrière. Elle est le siège d'un processus nécrobiotique et sa surface est encore recouverte d'un détritrus brunâtre. La face antérieure, de forme

triangulaire, est tapissée par une muqueuse à peu près saine. De chaque côté, se voient deux rigoles latérales.

Il résulte de ce double fait, hypertrophie de la portion de la glande antérieure au canal et saillie du lobe moyen, une modification très importante dans la courbure de l'urèthre, au niveau de la région prostatique. La partie moyenne de cette portion du canal qui correspond au veru montanum est rejetée en arrière, tandis que le col est fortement repoussé en haut et en avant. De là, une courbure telle, même sur la pièce où le canal est ouvert par sa face supérieure dans toute sa longueur, qu'elle ne peut être redressée. De là encore, un aplatissement considérable d'avant en arrière de la partie la plus reculée du canal. L'orifice du col se présente sous la forme d'une fente transversale, et le lobe moyen de la prostate joue manifestement, par rapport à lui, le rôle d'une valvule, d'une soupape apportant le plus sérieux obstacle au cours des urines.

Aussi, retrouvons-nous du côté de la vessie d'autres altérations très remarquables. L'épaisseur des parois, considérablement augmentée, ne mesure pas moins de 7 à 8 millimètres et doit être attribuée en partie à la couche muqueuse qui en est injectée, rougeâtre et tomenteuse à sa surface, mais surtout à la couche musculuse qui constitue à elle seule plus des 5/6 de l'épaisseur totale.

Du côté de la muqueuse, la vessie offre un aspect très différent, suivant qu'on examine sa paroi inférieure ou sa paroi supérieure. Celle-ci est lisse, régulière, bien qu'épaisse et rougeâtre. La première, au contraire, est creusée d'orifices nombreux très inégaux de calibre et de profondeur. Les uns sont arrondis, d'autres allongés. Ils peuvent admettre en moyenne l'extrémité d'une sonde n° 12 ou 13. Mais, cette sonde ne s'enfonce guère de plus de 4 ou 5 millimètres, sauf dans deux ou trois d'entre eux qui s'élargissent vers le fond, et représentent déjà de véritables petites cellules vésicales en voie de développement et faisant sur la face externe de l'organe une légère saillie.

L'un de ces orifices, plus large que les précédents, est situé à droite du bas-fond. Il est assez grand pour admettre le petit doigt, qui pénètre aussi dans une cavité assez spacieuse représentant par ses dimensions à peu près le tiers de la vessie. Cette cavité contient une assez grande quantité de petits graviers libres. Sa paroi est beaucoup plus épaisse en avant, en bas et en arrière, qu'en haut et en dehors. Elle est constituée par une muqueuse épaissie et tomenteuse, mais, à un degré moindre pourtant que celle de la vessie et ne présentant ni dépressions, ni orifices. En dehors de

cette muqueuse existe une couche qui lui adhère intimement, et dans laquelle on reconnaît en avant du tissu musculaire rougeâtre qui pâlit et s'amincit à mesure qu'on s'avance en haut et en dehors; en bas et en arrière, la nature de cette couche paraît changer. Elle prend une consistance beaucoup plus ferme, et, à la coupe, elle offre un aspect blanchâtre, lardacé (péricystite).

Ce qui nous paraît donner à cette pièce quelque intérêt, c'est qu'elle permet d'assister à la fois à des phases successivement plus avancées du développement des cellules vésicales sous l'influence d'une valvule prostatique.

8. Malformation congénitale d'un membre supérieur. — Absence du métacarpe et des phalanges. — Atrophie de tout le membre ; par Ch. GIRAudeau, interne des hôpitaux.

Chapet, Alexandre, âgé de 26 ans, charretier, entre le 17 mars 1881 à Lariboisière, salle St-Charles, lit n° 1, service de M. PROUST. Ce malade, atteint de tuberculose pulmonaire à la troisième période, présente une malformation du membre supérieur gauche. Tout le membre est atrophie; sa longueur mesure à peine la moitié de celle du membre supérieur droit. L'avant-bras est dans la pronation forcée et se termine par un moignon sur lequel sont implantées cinq petites saillies, de six millimètres environ de hauteur et tenant lieu des doigts. En déprimant les parties molles, on reconnaît facilement les apophyses terminales du cubitus et du radius, et, au-dessous d'elles, une surface osseuse constituée par le carpe.

AUTOPSIE. — Le malade ayant succombé, l'autopsie a permis de constater que : 1° les muscles qui, normalement, s'inséraient aux métacarpiens et aux phalanges s'inséraient ici à la face profonde de la peau ou plutôt aux tractus fibreux qu'elles présentaient; 2° ceux qui s'inséraient au carpe avaient leur insertion normale; 3° les métacarpiens et les phalanges faisaient complètement défaut; 4° les os du carpe étaient soudés entre eux, seul le pisiforme était libre; 5° le carpe était soudé aux os de l'avant-bras. Sur une section, il était impossible d'établir de démarcation entre les diverses pièces constituant le squelette du moignon.

Le cerveau et la moelle ne présentaient à l'œil nu aucune altération; l'examen histologique de ce dernier organe sera publié ultérieurement.

9. Endocardite ulcéreuse ; par M. Albert CAYLA,
interne provisoire.

Bory, Rosalie, 31 ans, cuisinière, entre le 19 février 1881, dans le service de M. le D^r ROBERT MOUTARD-MARTIN (Hôpital Cochin, annexe).

La malade avait joui jusque-là d'une bonne santé, on ne relève dans ses antécédents ni affection de poitrine, ni rhumatisme. Il y a six semaines, la malade a eu une bronchite, les accès de toux étaient violents, fréquents, quinteux. Au huitième jour, elle fait une fausse couche de huit mois. Depuis cette époque, la malade a gardé le lit.

Elle est très pâle, très amaigrie. La peau présente la coloration jaune des cancéreux, mais elle donne au toucher une sensation de chaleur et de sécheresse très prononcée. Le retour de couches a été normal, la malade ne perd plus depuis longtemps; elle a eu, chez elle, des frissons répétés pendant plusieurs jours avec claquements de dents. L'appétit est complètement perdu. Elle a eu le jour même de son entrée plusieurs frissons. La malade se plaint, en outre, d'une douleur qui siège au niveau de la région fessière gauche. Ni rougeur, ni empatement à ce niveau, l'articulation coxo-fémorale est saine.

La pression ne fait rien découvrir, ni dans le bassin ni dans la région rénale. Tout porte à penser que l'on est en présence d'une névralgie sciatique, bien que l'on ne trouve pas les points douloureux du trajet fémoral du nerf.

L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal de ce côté. Les battements du cœur sont tumultueux, les bruits confus, on peut néanmoins constater un souffle rude et râpeux à la base du cœur et au premier temps.

20 février. Le bruit de rétrécissement aortique a disparu; l'état de la malade est le même, le regard est animé, l'air anxieux.

21 février. Le bruit reparait très fort, aigu, strident, analogue à un bruit de piaulement, il a son maximum d'intensité à la pointe.

22 février. Même état. Soir : T. A. 40°.

23 février. Le bruit disparaît de nouveau. M. T. A. 38°, 3; S. 39°, 2.

24 février. On perçoit de nouveau le souffle, il est moins fort, comme éloigné, la malade a eu de nouveaux frissons. M. T. 37°, 2; S. T. 39°, 4. On applique un vésicatoire au-devant du cœur.

25 février. Nouveaux frissons, les bruits du cœur sont

sourds, on constate de la matité au niveau de la région précordiale. M. T. A. 37°,8. S. T. 38°,6.

26 février. Le malade a eu des coliques, de la diarrhée; le souffle n'a pas reparu, la langue est sèche, le corps est couvert de sueur. M. T. 38°,8; S. T. 38°,6.

27 février. M. T. 37°,4; S. T. 38°. Pendant les quatre jours qui suivent, l'état de la malade semble s'améliorer, la température descend à 37°,4, les phénomènes stéthoscopiques ne se sont en rien modifiés.

28 février. T. M. 37°,8; S. 38°,3.

1^{er} mars. T. M. 37°,8; S. 38°,5.

2 mars. T. M. 38°,9; S. 39°,2.

3 mars. La malade a eu quatre selles diarrhéiques et un vomissement. T. M. 37°,9; S. 39°.

4 mars. Le souffle reparait, les battements du cœur sont précipités, le pouls est à 130, la malade a eu de nouveaux frissons. M. T. A. 39°,9; S. 40°,1.

5 mars. On constate, au niveau de la région moyenne du cœur, un souffle rude, râpeux, superficiel, sans propagation. Les sueurs sont abondantes. La température tombe à 38°,5, le soir à 37°,8.

La malade meurt à huit heures, sans avoir présenté d'accidents nouveaux. A aucun moment de la maladie, malgré un examen minutieux de tous les organes, nous n'avons pu constater le développement d'infarctus viscéraux.

AUTOPSIE, faite le 7 février, 36 heures après la mort. — Cavité abdominale. Le foie est volumineux, il pèse 2400 gr. A la coupe, il présente tous les caractères du foie gras. La rate est également volumineuse, 315 grammes. Sa consistance est ferme. Elle ne présente pas à la coupe le plus petit infarctus. Le rein droit est gras, sans cependant être augmenté de volume, le gauche paraît sain.

L'utérus est revenu à ses dimensions normales, il présente, au niveau de la corne droite, quelques débris de placenta que l'on détache facilement avec l'ongle.

Cerveau. Lorsque l'on a enlevé la dure-mère, on découvre un foyer de méningite suppurée des deux côtés de la scissure inter-hémisphérique. Il est constitué, à gauche, par une trainée purulente qui longe la scissure dans presque toute sa longueur, à droite, il ne dépasse pas un centimètre carré d'étendue, il est situé sur la lèvre droite de la scissure, à l'union du tiers postérieur avec les 2/3 antérieurs. Ce sont là les seuls foyers de méningite que l'on rencontre, les méninges de la base et de la scissure de Sylvius sont absolument saines.

Les lésions sont restées limitées au cœur, où elles ont pris un développement considérable. Cet organe est gros, il pèse avec le péricarde 450 grammes.

Vu par la face externe, le feuillet pariétal présente une vascularisation très accusée. On ne peut arriver à le mobiliser à la pointe et à la partie gauche du cœur.

A la coupe, il ne présente pas une épaisseur moindre de 2 millimètres, il adhère assez intimement au tissu du cœur par les tractus dont la vascularisation atteste la formation récente. En prolongeant la dissection du feuillet séreux vers la droite, on tombe sur un foyer rempli d'environ un verre à Bordeaux de pus blanc liquide. Ce foyer comprend en étendue la partie droite du cœur, le bord droit et une partie de la face postérieure. Les parois en sont inégales, rugueuses, hérissées de saillies blanchâtres, friables. Ces tractus, en s'étendant d'un feuillet à l'autre, limitent des espaces dans lesquels chemine le pus.

Le feuillet viscéral du péricarde est également rouge et injecté, il est doublé à sa face profonde d'une couche de tissu blanchâtre, assez résistant, qui adhère au tissu du cœur et dont l'épaisseur atteint 2 millimètres environ.

Après avoir coupé la pointe du cœur, on sectionne les ventricules en suivant la cloison. Les valvules sigmoïdes de l'orifice aortique sont remplacées par les productions végétales. La valvule postérieure, seule, paraît saine. Une végétation, de la grosseur d'une framboise, inégale, rugueuse, blanchâtre et friable remplace la valvule droite. Au centre de cette production, l'on remarque une perforation mesurant trois ou quatre millimètres de longueur.

La valvule antérieure est remplacée par une lame polypeuse, mobile, triangulaire; on remarque une fissure au point d'insertion de la valvule.

Au sommet de l'extrémité droite du bord libre, existe une végétation de plusieurs millimètres de longueur, pédiculée, blanchâtre, de même consistance que les autres. Au-dessous du point où les deux valvules postérieure et droite se rejoignent, se voit un orifice arrondi de cinq millimètres de diamètre environ.

L'ulcération est taillée comme à l'emporte-pièce, un stylet introduit dans cet orifice conduit dans l'oreillette droite, au-dessus du point d'insertion de la valve postérieure de la tricuspide.

A ce niveau, l'on remarque une saillie blanchâtre, de quatre ou cinq millimètres de hauteur sur autant de largeur, au sommet de laquelle vient sortir le stylet.

Dans le ventricule droit, on remarque également, sur la

cloison interventriculaire, un orifice taillé à pic, de six millimètres de diamètre. Un stylet ne pénètre qu'à un centimètre environ dans la paroi musculaire. Les valvules mitrale et tricuspide ne présentent pas de lésions.

RÉFLEXIONS. — Telle est la relation du cas que nous avons eu sous les yeux et qui nous a paru présenter un double intérêt anatomique et clinique.

Au point de vue anatomique, en effet, l'autopsie nous démontre que l'endocardite puerpérale n'est pas exclusivement végétante et qu'elle peut être aussi ulcéreuse. Elle nous fait voir également que les infarctus viscéraux peuvent faire complètement défaut. Au point de vue clinique, nous insisterons sur ce point, qu'il est difficile de ranger le cas que nous avons observé dans une des deux formes d'endocardite ulcéreuse admises par les auteurs (typhoïde ou pyohémique). Rien, dans la marche de la fièvre, rien non plus dans le faciès du malade qui rappelât l'état dit typhoïde. Rien non plus des phénomènes généraux graves qui accompagnent la septicémie, de quelque cause qu'elle relève. Nous insisterons aussi sur la grande mobilité qu'ont présentée les souffles cardiaques.

Nous terminerons, enfin, en disant que le sang de cette malade, recueilli par M. Netter, a présenté pendant la vie des bactéries que l'on a pu cultiver en s'entourant de toutes les précautions que demandent ces cultures. Nous n'insisterons pas sur cette partie qui nous est complètement étrangère, et qui doit du reste faire l'objet d'un travail plus étendu de notre collègue.

Séance du 8 avril 1881.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

10. M. GAUCHER présente le cœur d'un malade *sypilitique*. On y voit les lésions de l'endocardite végétante. S'agit-il là d'une endocardite vulgaire ou d'une endocardite *sypilitique* ?

M. HOUEL rappelle que Corvisart avait déjà, il y a longtemps, décrit des lésions analogues à celles qu'on voit sur le cœur présenté par M. Gaucher, comme relevant de la syphilis. Les faits ultérieurs n'ont pas confirmé l'opinion de Corvisart, et il n'est pas permis aujourd'hui d'affirmer l'existence d'une endocardite syphilitique.

11. M. GAUCHER montre, en outre, une *rate volumineuse* pesant 4 kil. 770 gr., rencontrée chez une malade qui ne présentait pas les symptômes de la *leucocythémie*. Le foie était aussi très volumineux.

12. Cancer primitif du foie ; par CRISELLI, externe des hôpitaux.

Au mois de février 1881, entra à l'hôpital Tenon, dans le service de M. STRAUS, une malade atteinte de carcinome du foie. L'absence de tout phénomène physique du côté de l'estomac et un examen minutieux de la malade firent porter le diagnostic de cancer primitif du foie. Ce diagnostic fut reconnu exact à l'autopsie : c'était, en effet, dans le tissu même du foie que s'étaient développés les noyaux carcinomateux, sans se propager ailleurs. La rareté du fait, un peu exagérée peut-être, puisque tous les ans il en est présenté un ou deux analogues à cette Société, est le motif pour lequel nous croyons devoir présenter l'observation de la malade.

Pauline Hat..., 42 ans, comptable, entre dans la salle Sainte-Thérèse, lit n° 21, le 10 février 1881. Elle n'a jamais présenté aucune trace de scrofule, elle n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Les antécédents héréditaires sont nuls. A 15 ans, fièvre typhoïde ; réglée à 12 ans d'une façon très régulière.

Vers l'âge de 30 ans, ses règles, qui avaient été jusque-là bien régulières, devinrent de véritables métrorrhagies qui, pendant 7 ans, se renouvelèrent si fréquemment, qu'au dire de la malade « elle était constamment dans le sang. » Mariée à 19 ans, elle accoucha deux ans après d'un enfant qui mourut à 13 ans. Cette couche fut laborieuse et compliquée d'éclampsie.

Début. La maladie débuta il y a cinq mois, au milieu d'une santé parfaite en apparence, par une douleur au côté droit ; douleur vive, intermittente, se produisant surtout quand la malade se fatiguait ; en même temps, se produisit de la gêne avec sentiment de plénitude à l'estomac.

Il y a trois mois, la malade, qui ne faisait qu'un seul repas

copieux par jour, perdit l'appétit au point de ne plus pouvoir prendre que des potages. C'est à cette époque qu'apparurent des vomissements bilieux, accompagnés d'efforts douloureux, qui se répétaient trois ou quatre fois par jour. Il y a un mois, la malade sentant sa faiblesse augmenter, dut s'aliter. Toutefois, elle ne maigrissait point ; elle grossissait au contraire, à ce qu'elle dit. Cette augmentation serait incontestable, surtout pour le ventre qui aurait grossi assez rapidement.

Etat actuel. 15 février. La malade est très grasse, elle se lève avec effort, quoique avec les apparences d'une constitution robuste, et reste couchée constamment. Son visage, un peu congestionné, ne présente pas même de teinte subictérique. La douleur, qu'elle localise exactement à droite, suivant une ligne demi-circulaire passant par l'épigastre et la onzième vertèbre dorsale, est lancinante, constante. La pression, la respiration, la toux l'exaspèrent. Elle atteint son summum exactement à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de cette ligne demi-circulaire droite.

La malade croit avoir faim, mais la vue des aliments lui répugne et elle ne mange pas. Elle ne souffre nullement de l'estomac, mais vomit de la bile plusieurs fois par jour ; la langue est humide, légèrement blanchâtre sur le milieu. Ces vomissements bilieux ont du reste notablement diminué de fréquence depuis deux ou trois jours ; la malade accuse aussi de la constipation.

Le ventre apparaît très volumineux ; au toucher, sa température est normale. Il est souple et dépressible, sauf dans sa partie inférieure droite où l'on constate une tumeur volumineuse dure et mate, qui n'est autre que le prolongement inférieur du foie.

Cette énorme tumeur, mate, limitée par la percussion, s'étend du septième espace intercostal droit à une ligne courbe inférieurement située dans la fosse iliaque du même côté. En dedans, cette tumeur dépasse l'ombilic, à gauche, d'au moins deux travers de doigt.

À la palpation, on sent sous la main une large surface dure, marronnée dans toute son étendue. Le bord inférieur de cette tumeur, qui donne la sensation du rebord du foie, présente également des saillies inégales sur toute sa largeur.

L'estomac, délimité à la percussion, est considérablement dilaté. La malade n'a pas de fièvre ; toux légère sans expectoration. Rien au poumon, rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. La malade est mise au régime lacté absolu.

17 février. Il n'y a plus de douleurs épigastriques, grande faiblesse, épistaxis abondante dans la matinée.

24 février. Les douleurs de côté ont pris un caractère intermittent; les vomissements qui, quoique bien diminués de fréquence, ne sont pas arrêtés, se sont produits très abondamment cette nuit.

6 mars. Les vomissements bilieux continuent; la malade ne digère plus ni lait ni bouillon. Soif continuelle.

11 mars. Les membres inférieurs ont commencé à s'infiltrer. Œdème pâteux, mou, non douloureux, gardant très bien l'empreinte du doigt, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

16 mars. La malade se plaint d'une dyspnée angoissante, à exaspération nocturne. L'examen du thorax ne donne pas l'explication de ce signe. L'œdème arrive jusqu'au pli de l'aîne.

24 mars. La tumeur a considérablement augmenté de volume. La dyspnée s'aggrave. Pas d'ensemble cachectique.

27 mars. Malgré de nombreuses mouchetures, l'œdème a toujours augmenté. Orthopnée. Mort par asphyxie dans la matinée.

AUTOPSIE, faite le 28 mars. — A l'ouverture de l'abdomen, après avoir traversé un énorme pannicule adipeux, l'on arrive sur le foie, qui remplit toute la cavité abdominale à droite. Le diaphragme du même côté est refoulé en haut, et le lobe gauche du foie recouvre tout l'estomac. Ce foie est pâle, d'une teinte uniformément jaunâtre, et toute sa superficie est semée de noyaux cancéreux variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule; ces noyaux sont pâles, blanchâtres, arrondis, de consistance assez dure. A la coupe, l'on voit que l'intérieur présente le même aspect que la superficie; la même teinte règne partout, et il y a des noyaux cancéreux dans toute son épaisseur. La vésicule biliaire, d'abord difficile à trouver, n'est plus représentée que par une petite poche atrophiée, ratatinée et complètement vide. Ce foie pèse : huit kilogrammes cinq cent cinquante grammes !

L'estomac, énormément dilaté, ne présente pas la moindre trace de noyaux carcinomateux; on n'y voit qu'une légère arborisation de la muqueuse. Le pylore, et le duodénum sont absolument sains. Il en est de même du cardia et de l'œsophage. L'intestin grêle, le gros intestin, les ganglions mésentériques ne présentent rien de particulier. La rate est volumineuse et un peu diffluite, elle pèse 365 grammes. Rien dans le pancréas.

Les reins sont normaux quant au volume, à la forme et à la consistance; ils pèsent chacun 210 grammes. On trouve cependant, à la surface, sous la capsule, quelques petits kystes peu nombreux, contenant un liquide clair.

Les uretères, incisés dans toute leur longueur, sont sains; la vessie, le col de la vessie ne présentent pas non plus d'altérations. L'utérus est fortement dévié vers la droite, il est très volumineux, très dur et bifide. La bifidité est surtout visible à sa face postérieure, où il est divisé en deux lobes. A la coupe, on voit que son tissu est remplacé par un corps fibreux d'où s'échappe du pus venant de foyers purulents miliaires; un examen, très sérieusement fait, n'y fait pas découvrir le moindre noyau carcinomateux. Le col est indemne.

Les ovaires ont leur volume normal; ils sont sains, sauf quelques kystes qui existent à leur superficie. Enfin, la colonne vertébrale elle-même, sciée dans toute sa longueur au niveau du corps des vertèbres, ne présente aucune altération.

Les poumons, refoulés en haut, sont légèrement congestionnés mais ne sont pas autrement malades; le poumon droit est diminué de volume.

Le cœur, entouré d'une masse énorme de graisse, est mou, non hypertrophié; ses cavités sont dilatées: les parois sont pâles, flasques, on y trouve des caillots agoniques. — Le cerveau ne présente rien d'anormal.

13. M. BONNAIRE montre les os d'un malade mort d'*ataxie locomotrice*. Les lésions sont telles que, durant la vie, elles avaient simulé, à s'y méprendre, les arthropathies et les ostéopathies tabétiques. Cependant, il s'agit, dans l'espèce, des lésions vulgaires de l'arthrite sèche.

14. M. DEJÉRINE présente un malade chez lequel on a observé tous les symptômes de la *paralysie générale spinale subaiguë* de Duchenne (de Boulogne); paralysies, contractures, atrophies musculaires, douleurs. Actuellement, ce malade, qui a été traité dans le service de M. Vulpian, est à peu près complètement guéri. Contractures, paralysies, douleurs ont disparu. Quelques masses musculaires sont seules encore un peu amaigries, mais, l'atrophie musculaire elle-même est évidemment en voie de réparation.

M. Déjérine fait observer que les cas de cette nature sont très rares. M. Vulpian n'en aurait jamais observé antérieu-

rement au cas dont il s'agit. — Quelles sont les lésions vraisemblables dans les faits de cet ordre? M. Déjérine pense que, pour expliquer la symptomatologie complexe qu'on observe, il faut admettre que l'altération porte à la fois sur toute la substance grise, cornes antérieures et parties postérieures préposées à la conduite des impressions centripètes. D'autre part, pour expliquer la paralysie et la contracture, il croit devoir admettre une lésion des cordons latéraux.

M. G. BALLET dit que les cas de paralysie générale spinale diffuse sont peut-être moins rares qu'on ne serait tenté de le supposer d'après le nombre des cas publiés. Il a vu deux malades répondant au type décrit par Duchenne, l'un à la consultation de M. Charcot, à la Salpêtrière, l'autre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust. Les symptômes paralytiques, atrophiques et douloureux, par leur combinaison et leur évolution, rappelaient de tous points ceux observés dans le cas de M. Déjérine. Le malade du service de M. Proust ayant succombé à des lésions de phthisie pulmonaire, alors que sa paralysie spinale était depuis longtemps déjà en voie de guérison, l'examen microscopique a montré, comme seul reliquat des lésions anciennes, l'atrophie pigmentaire d'un certain nombre de cellules des cornes antérieures de la moelle. M. Ballet demande s'il est bien nécessaire d'admettre, comme le dit M. Déjérine, pour expliquer les symptômes paralytiques et la contracture observés durant la vie chez le malade de M. Vulpian, une lésion des cordons latéraux. Il pense que tous les symptômes observés s'expliqueraient suffisamment par une lésion de la substance grise.

15. M. CHANTEMESSE montre un *cancer* de la vessie. On a trouvé un kyste volumineux au niveau de l'uretère. Il s'agit vraisemblablement d'un kyste hydatique, comme le pense M. Bazy. — M. Mayor fait remarquer que l'examen microscopique permettra de trancher la question.

16. Leucocythémie ; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé H... (Michel), âgé de 30 ans, exerçant la profession de fumiste, entre le 13 novembre 1880, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. RENDU.

Antécédents. On ne trouve rien du côté des parents ; il a un frère qui est bien portant ; il a perdu 2 sœurs, l'une à 20 ans, l'autre à 17 ans, il ne sait pas à quelle maladie elles ont succombé. Quant à lui, jamais il n'a eu d'accidents scrofuleux dans son enfance ; à 12 ans, il a eu une brûlure de toute la région sternale qui a laissé une cicatrice étendue et profonde. On ne trouve sur lui aucune trace de syphilis ; il n'a jamais eu de chancre, d'éruption sur le corps ; il a toujours vécu en France, n'a jamais habité de contrée à malaria, et n'a jamais eu d'accès de fièvre intermittente. Pas d'habitudes alcooliques.

Au mois de janvier 1880, il a eu pour la première fois des pertes de sang abondantes, dues à des hémorrhoides. Ces pertes de sang ont duré 1 mois, depuis elle n'ont pas reparu. C'est au mois d'avril 1880 qu'il fait remonter le début de la maladie pour laquelle il entre à l'hôpital. A ce moment, il a commencé à ressentir quelques troubles dyspeptiques caractérisés par une diminution de l'appétit, par une difficulté insolite des digestions, par des nausées et par quelques vomissements alimentaires et bilieux. Jamais d'hématémèse ni de méloëna. 15 jours après le début de ces symptômes, apparut un ictère qui dura un mois ; dans le cours du mois de juin, comme il n'éprouvait aucune amélioration dans son état, il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Besnier ; il avait alors de l'œdème des jambes et du scrotum et une douleur sourde dans la région hépatique. Il fut traité par l'iodure de potassium et les diurétiques, et il sortit au bout de six semaines, non guéri.

Au mois de septembre, il fit un second séjour dans le même service, son état n'avait pas changé.

Etat actuel. Il se présente le 13 septembre dans le service de M. Rendu ; on le trouve très amaigri, pâle, atteint d'oppression vive, ayant l'abdomen ballonné, mais sans ascite. La rate est très hypertrophiée, ferme, sans bosselures, occupant tout le flanc gauche ; à la percussion, on trouve qu'elle a une hauteur de 18 centimètres et une largeur de 20 centimètres. Le foie est également très hypertrophié et dépasse les côtes de la largeur de la main. Les membres inférieurs et le scrotum sont toujours œdématisés ; les gan-

glions inguinaux, cervicaux, et ceux de l'aisselle droite sont tuméfiés, durs, indolents. Rien au cœur ni dans les poumons, malgré la dyspnée. Pas d'albumine dans les urines. La quantité d'urée pour les 24 heures est de 9 gr. 70, pas de sucre (traitement, sulfate de quinine, extrait de quinquina).

19 septembre. Même état, de temps à autre oppression, diarrhée. Inappétence. Teinture de scille.

L'examen du sang fait voir une énorme quantité de globules blancs; la masse des globules est beaucoup diminuée: 3,015,000 par cent. cube, dont 266,802 globules blancs; 1 globule blanc pour 16 rouges. Les urines sont plus abondantes, 2 litres 500 grammes; la diarrhée persiste, l'œdème diminue.

25 septembre. Ecchymose sous-conjonctivale de l'œil droit. Les semaines suivantes, l'état du malade change peu; le foie a encore augmenté de volume, on lui trouve à la percussion une hauteur de 26 centimètres. Vésicatoire sur la région du foie. Iodure de potassium, 0,50.

Dans le courant de janvier, on fait un nouvel examen du sang; on constate que la proportion des globules blancs a encore augmenté: 1 globule blanc pour 10 rouges. Pourtant, l'état général du malade paraît un peu meilleur; quelques froissements péritonéaux au niveau de la région splénique; on applique en ce point un vésicatoire qui produit une vive inflammation de la peau; cette dernière ne cède qu'au bout de 7 à 8 jours. L'exploration de la rate donne les résultats suivants: hauteur 21, largeur 16 centimètres. Celle du foie donne une matité de 25 centimètres.

Dans le courant de février, les ganglions lymphatiques prennent un plus grand développement.

5 mars. Lorsque le malade se lève, l'œdème des jambes et des bourses reparaît; depuis deux ou trois jours, il y a de l'enrouement, l'état général est plus mauvais; de temps à autre, surviennent des vomissements; la peau, le soir, est brûlante, la température s'élève à 39°,5; les urines sont troubles, jumentueuses, et contiennent une grande quantité de phosphates mais aucune trace d'albumine. La toux devient plus fréquente, par moments, il y a de la dyspnée; à l'auscultation, on ne trouve pourtant rien dans les poumons. Toujours de la diarrhée.

28 mars. La fièvre est toujours vive le soir, la dyspnée, depuis le matin, est devenue très intense; aux 2 bases, signes de congestion pulmonaire. L'enrouement va presque jusqu'à l'aphonie. La dyspnée est-elle due à la compression des bronches par des ganglions hypertrophiés, ou à l'état du sang, à l'aglobulie? Sinapismes, ventouses sèches.

La numération des globules donne la proportion de 11 globules blancs pour 100 globules rouges et indique une diminution notable de la masse globulaire : 2,613,000 par cent. cube. De plus, on constate une déformation de presque tous les globules rouges; presque aucun n'est intact; ils sont déformés, crénelés, les globulins existent en grand nombre, ils sont plus nombreux que les globules normaux.

30 mars. L'état du malade est très grave; délire, agitation, dyspnée extrême, sueurs abondantes.

1^{er} avril. Le délire a fait place à un état comateux; la peau est brûlante, la langue sèche, le malade n'a plus la notion de ce qui l'entoure.

La mort survient le 2 avril.

AUTOPSIE.— La rate est très volumineuse, elle pèse 2 kil. 200. A la coupe, on constate un épaississement de la capsule de Glisson.

Le parenchyme est dur, criant presque sous le scalpel; il a une teinte rose pâle, violacée et présente sur certains points de larges tractus blanchâtres qui pénètrent profondément dans l'organe. Ces tractus paraissent constituer par du tissu fibroïde lardacé; sur certains points, ce tissu a subi la dégénérescence caséuse. Dans le reste du tissu splénique, on voit de nombreux points blanchâtres entourés de zones congestives plus accentuées.

Le foie est très gros; il pèse 3 kilogr. 900. Sa surface est lisse, sans épaississement de la capsule, elle présente une teinte jaune pâle, comme lavée. A la coupe, la disposition des lobules n'est pas évidente; il semble qu'il existe une série de noyaux blanchâtres saillants, gros comme une tête d'épingle; peut-être sont-ce là des lymphomes?

Poumons. Aucune espèce de lésion pleurale, le poumon droit est congestionné; les deux poumons sont infiltrés d'un semis de petits grains blanchâtres ressemblant à des granulations tuberculeuses fines.

Les reins sont augmentés de volume, ils pèsent chacun 180 gr. La substance corticale est anémiée; les pyramides sont isolées plus qu'à l'état normal. Tous les ganglions sont très hypertrophiés; la plupart de ceux qui entourent le canal thoracique atteignent le volume du pouce. Les ganglions mésentériques sont également très volumineux, durs, infiltrés de matière caséuse.

Cerveau sain; quelques exsudats louches et quelques granulations blanchâtres dans la pie-mère.

La muqueuse de l'intestin est hérissée par une foule de

petites tumeurs formées par une hypertrophie des follicules clos.

Examen histologique. Il montre que tous les organes sont infiltrés de tissu lymphoïde. Dans le foie, il y a une accumulation énorme de cellules rondes autour des vaisseaux portes. Ces granulations séparent les cellules hépatiques les unes des autres, mais, sans les comprimer, sans les déformer, et pénètrent profondément dans l'intérieur des lobules. Nulle part, il n'y a de prolifération du tissu conjonctif. Il n'y a pas de tumeur, de lymphôme proprement dit, c'est une altération générale se produisant autour de tous les vaisseaux.

Rein. Sur des coupes pratiquées dans la substance corticale, on observe, dans les canaux contournés, que l'épithélium est manifestement gros, en partie détruit, granuleux; la paroi des tubes est épaissie.

Les glomérules sont volumineux et criblés de noyaux; la capsule est légèrement épaissie, l'épithélium capsulaire très apparent; la tunique externe des artérioles est assez épaissie; à sa périphérie, on constate une grande quantité de cellules rondes. Dans la région des tubes droits, des tubes collecteurs et des anses de Henle, il y a également une accumulation de petites cellules autour des vaisseaux; mais, la lésion est bien moins accentuée dans le rein que dans le foie; la lésion principale est une néphrite parenchymateuse.

Poumon. Les cellules épithéliales des alvéoles gonflées, en partie desquamées, forment par places des amas dans l'intérieur des alvéoles.

Les parois des alvéoles sont infiltrées par des noyaux qui sont du volume des globules blancs du sang. Les alvéoles sont presque complètement remplies par ces cellules; par place, lorsqu'il y a plusieurs alvéoles ainsi altérées, placées les unes à côté des autres, il se forme de petites masses analogues aux granulations tuberculeuses; mais, dont l'aspect est un peu différent, car elles sont uniformes, sans caséification aucune, sans grandes cellules, et sans présenter aucune trace de tissu conjonctif. La plupart ont pour centre des artérioles. Ainsi donc, ces petits grains blanchâtres qui, à l'œil nu, paraissaient tout à fait semblables aux granulations miliaires tuberculeuses, nous paraissent constituées par les lymphomes. C'est l'opinion de M. Rendu, qui a examiné les préparations.

Les ganglions bronchiques n'étaient pas très volumineux, il n'y avait pas de compression des voies aériennes, et il faut rattacher les troubles respiratoires observés chez

le malade à l'infiltration du poumon par les tumeurs lymphoïdes.

17. Enorme kyste hydatique du foie. — Début il y a 15 ans. — Oblitération de la veine cave. — Enclavement du rein dans la poche. — Mort par congestion pulmonaire ; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Rib... Paul, âgé de 55 ans, cordonnier, entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. RENDU, le 28 mars 1881. Cet homme a été pris, il y a 12 jours, sans cause appréciable, d'un point de côté dans la région droite de la poitrine, d'une oppression très vive et d'une fièvre intense.

Antécédents. Lorsqu'on interroge le malade, on apprend qu'il a contracté la syphilis en 1854 en Afrique, mais, à part le chancre et quelques éruptions secondaires, il n'a jamais ressenti aucun autre accident de la diathèse. Quelques années après, il éprouva une gêne assez marquée dans le côté droit, la région hépatique devint plus saillante, et il consulta pour ces phénomènes qui ne faisaient que s'accroître le médecin de son régiment. Celui-ci soupçonna la présence d'un kyste hydatique du foie, et pratiqua une ponction, car la tumeur était devenue très volumineuse. Il en sortit effectivement un liquide transparent, limpide, que le malade compare lui-même à de l'eau claire. Pendant les deux années qui suivirent, on ponctionna 5 ou 6 fois la tumeur ; à chaque ponction, il s'écoula un liquide toujours aussi transparent. A partir de ce moment, c'est-à-dire depuis 1866 ou 1867, le liquide ne se reproduisit plus, mais les veines sous-cutanées de l'abdomen commencèrent à devenir plus apparentes et à prendre en peu de temps un tel développement, qu'elles dessinèrent des flexuosités variqueuses du volume du petit doigt. Ce développement veineux partait de la région inguinale, se dirigeait jusque vers l'aisselle, et était aussi marqué à gauche qu'à droite. Si ce n'est le développement de cette circulation collatérale, aucun autre phénomène ne se montra ; pas d'œdème des membres inférieurs ; l'état général du malade était très bon ; aussi, depuis cette époque (1867) jusqu'à ces dix derniers jours, le malade a pu constamment se livrer à l'exercice de sa profession, sans jamais être incommodé, ne conservant qu'une légère voussure du côté droit, avec un peu de gêne dans la région hépatique. Il y a 12 jours, le 16 mars, il a été pris assez brusquement d'un point de côté au-dessous du sein droit, de frissons, de toux, d'oppression et d'une fièvre

vive. Aujourd'hui, 28 mars, comme il se sent encore plus gravement pris, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. On trouve le malade très oppressé, ayant la face cyanosée, la peau brûlante et la langue sèche; l'expectoration est visqueuse, collante; à l'auscultation du poumon droit, on constate une obscurité de la respiration à la base, du souffle, et des râles sous-crépitaux fins.

En découvrant le malade, on est frappé de l'énorme développement des veines sous-cutanées de l'abdomen et de la poitrine. Cette circulation collatérale part de chaque région inguinale, sous forme d'un gros tronc extrêmement flexueux, du volume du doigt, recevant des branches très volumineuses et allant aboutir au creux axillaire correspondant; cette disposition est à peu près symétrique des deux côtés. Un très fort développement des veines sous-cutanées de l'abdomen est évidemment en rapport avec une oblitération de la veine cave; le cours du sang est rétabli par les veines des parois abdominales. Il n'existe pas d'œdème des jambes.

A l'examen de la région hépatique, on trouve le foie assez volumineux, dépassant les côtes d'environ quatre travers de doigt, mais offrant partout la même résistance; on ne constate en aucun point de fluctuation. Il y a donc lieu de penser que cette obstruction de la veine cave, qui existe déjà depuis 10 à 12 ans, est survenue par suite des déformations produites à la région postérieure du foie par la rétraction des parois du kyste.

En effet, le développement veineux s'est montré seulement quand le kyste n'a plus grossi, quand on n'a plus été obligé de ponctionner la poche. Traitement: ventouses scarifiées sur la poitrine, vésicatoire, tarte stibiée.

1^{er} avril. L'état du malade est fort grave; la dyspnée est extrême, la face et les extrémités sont cyanosées. Les crachats ne sont plus colorés ni visqueux; des râles fins existent en abondance dans tout le côté droit et à la base gauche. Il y a une congestion pulmonaire très étendue (saignée, ventouses sèche). Soir. Après une légère amélioration produite par la saignée, les symptômes reprennent toute leur intensité; le malade asphyxie.

2 avril. La mort survient dans la matinée.

AUTOPSIE.—Le poumon droit n'est pas hépatisé mais simplement congestionné, refoulé jusqu'au tiers supérieur de la poitrine et presque réduit au volume du poing. Cette compression est produite par le foie, qui est repoussé jusque dans la cavité thoracique par un énorme kyste hydatique.

Ce kyste paraît fort ancien ; ses parois adhèrent par des brides fibreuses très épaisses à tous les organes voisins et principalement aux parois thoraciques, où on éprouve de grandes difficultés pour les détacher. La poche est développée à la face inférieure et postérieure du foie, dont elle est isolée, et forme une masse qui est trois fois plus grosse que la glande hépatique ; celle-ci a conservé son volume normal. La partie supérieure et postérieure du kyste adhère intimement à la face inférieure et au bord postérieur du foie ; la veine cave disparaît dans les parois de la poche. En disséquant avec soin le sillon qui sépare le foie du kyste, on retrouve profondément la veine dont la face interne est saine, mais dont les parois sont complètement accolées par suite de la compression exercée par la tumeur, si bien que le vaisseau se trouve à peu près oblitéré. C'est ce qui explique le développement énorme des veines sous-cutanées. A l'ouverture du kyste, il s'écoule une grande quantité d'un liquide séro-purulent au milieu duquel nagent une foule d'hydatides d'inégal développement ; mais, toutes mortes évidemment depuis longtemps. Les parois de la poche sont très épaisses, fibreuses, elles ont presque partout de 6 à 10 millimètres, et elles sont très adhérentes ; si bien qu'une ponction n'eût pas donné de résultat satisfaisant, car les parois n'auraient pas pu revenir sur elles-mêmes. Le rein droit paraît faire défaut ; c'est en disséquant le kyste en arrière qu'on le trouve complètement emprisonné dans l'épaisseur de ses parois. Il est considérablement atrophie et réduit à une épaisseur de quelques millimètres sur une hauteur de 4 à 6 centimètres. En revanche, le rein gauche est très gros, il a au moins doublé de volume, ayant à subvenir seul à la sécrétion.

Séance du 22 avril 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Syphilis tertiaire. — Dégénérescence amyloïde généralisée. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente. — Mort ; par A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Virginie L., âgée de 58 ans, entre le 10 avril 1881 dans le service de M. le professeur JACCOUD. Cette femme est mai-

gre, profondément cachectique et paraît facilement dix ans de plus que son âge. Depuis deux ans, nous dit-elle, elle est malade ; jusque-là, sa santé était parfaite, elle avait eu deux grossesses à terme, et rien dans ses antécédents ne dénote ni scrofule ni accidents syphilitiques primitifs ou secondaires.

En 1879, sa santé commence à décliner en même temps que se montraient à la jambe droite et à la cuisse gauche des ulcérations profondes, serpigneuses, et accompagnées d'une suppuration abondante et fétide. Depuis quelques mois, est survenue une diarrhée habituelle avec vomissements fréquents, surtout le matin, et amaigrissement rapide. Enfin, huit jours avant l'entrée à l'hôpital, frisson prolongé, douleur dans le côté gauche de la poitrine, dyspnée, toux et expectoration blanche et visqueuse.

Etat actuel. La malade présente un ictère assez prononcé, et cela depuis trois jours seulement.

La région hépatique est douloureuse à la percussion : le foie, volumineux, mesure 12 centimètres sur la ligne médiane, 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire, 15 centimètres sur la ligne axillaire droite. Sa surface est résistante, régulière, son bord libre est tranchant, sans nodosités, ni saillies. Les urines sont peu abondantes, fortement albumineuses et biliphéiques.

L'examen des poumons donne en arrière les résultats suivants : à gauche, matité absolue dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs, souffle dur, superficiel, à maximum inspiratoire ; à droite, matité moins complète dans le $\frac{1}{3}$ inférieur seulement, et souffle bronchique mélangé de râles sous-crépitants, fins, qui éclatent par bouffées presque sous l'oreille. La faiblesse de la malade ne permet pas d'explorer les vibrations thoraciques ni le retentissement de la voix. En avant, des deux côtés, respiration rude et nombreux râles sonores et sous-crépitants. Expectoration blanchâtre, aérée, un peu visqueuse. Les bruits du cœur sont en partie marqués par les bruits pulmonaires. Tout au plus peut-on reconnaître à la base un frottement rude, superficiel, systolique, prolongé. — Le pouls est rapide, faible et petit. La langue est sèche, fuligineuse, la diarrhée abondante, l'état général très grave, malgré le peu d'élévation de la température, 38°,4.

L'examen de la surface cutanée montre des traces absolument caractéristiques de syphilis ulcéreuse tertiaire. A l'épaule gauche, en arrière, cicatrice déprimée, lisse et blanchâtre, rayonnée à sa périphérie. A la partie antérieure et externe de la jambe droite, à la cuisse gauche, au-dessus et au-dessous du genou, cicatrices serpigneuses, irréguli-

lièrement arrondies, blanches et amincies dans leur partie centrale, fortement pigmentées à leur périphérie.

En outre, atrophie presque complète du triceps fémoral gauche et des muscles antéro-externes de la jambe droite. Traitement. Potion cordiale avec alcool 60 grammes et extrait de quinquina 4 grammes. Vin de quinquina à haute dose.

11 mars. T. M. 38°. T. S. 38°,3.

12 mars. T. M. 37°,8. T. S. 38°,5. L'état général s'est encore aggravé, subdélirium nocturne, le jour, somnolence, trémulation des mains, petits mouvements carphologiques.

13 mars. T. M. 37°,2. T. S. 38°.

14 mars. Au matin, mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, épanchement purulent, de 3 litres environ, dans la plèvre gauche, avec adhérences nombreuses et assez résistantes en arrière et en bas. — Tout le lobe supérieur du poumon gauche est compacte, en état d'hépatisation grise; à la coupe, aspect lisse non granuleux marbré de gris et de rouge lie de vin, congestion intense du lobe inférieur. — Adhérences internes du poumon et de la cloison médiastine. Dans le poumon droit, congestion de tout le parenchyme, et noyaux grisâtres de bronchopneumonie disséminés, surtout dans le lobe inférieur.

Pas d'épanchements intra-péricardiques, mais, sur toute la surface de la séreuse viscérale, fausse membrane fibrineuse récente, peu épaisse, se décortiquant facilement et donnant un aspect vilieux à toute la face antérieure du cœur.

Les valvules aortiques sont légèrement insuffisantes et présentent de petites végétations verruqueuses sur leur face ventriculaire et leur bord libre. La crosse de l'aorte est régulièrement dilatée et présente tout l'ensemble des lésions athéromato-calcaires. La valvule mitrale paraît saine, un peu épaisse seulement et jaunâtre au niveau de sa zone d'insertion et de son bord libre. Le ventricule droit contient des caillots fibrineux ramifiés dans le tronc et les deux branches de l'artère pulmonaire.

Le foie pèse 3 kilog., il est volumineux, allongé dans le sens vertical, à bord tranchant. Sa surface est lisse, régulière, jaune, piquetée de rouge. A la coupe, le parenchyme présente un aspect tout à fait caractéristique : il est sec, exangue, miroitant, d'une coloration fauve uniforme, savonneux sous le doigt, et surtout remarquablement compacte et résistant à la pression. C'est un véritable bloc amyloïde.

Les voies biliaires sont libres, la vésicule contient une faible quantité d'une bile épaisse, d'un vert foncé.

La rate pèse 360 gr., sa consistance est normale, son parenchyme semé de nodules grisâtres donnant la réaction de la substance amyloïde.

Les reins sont normaux comme volume et comme poids. Ils sont flasques, faciles à décortiquer, leur surface est couverte de petits mamelons dont la coloration jaune tranche sur le fond grisâtre du parenchyme. A la coupe, atrophie de la substance corticale, coloration gris jaunâtre uniforme, aspect exsangue des tissus.

La muqueuse de l'estomac est grisâtre, un peu épaissie. — Pas de lésions intestinales appréciables ; rien à noter dans les autres organes.

L'étude histologique des différents viscères, pratiquée au moyen de coupes colorées au violet de méthylamine, a montré que presque tous étaient le siège d'une dégénérescence amyloïde plus ou moins étendue. Dans le foie, la lésion est déjà très avancée, le réseau des capillaires intra-lobulaires est envahi tout entier et prend la teinte rouge caractéristique, tandis que les cellules hépatiques, le tissu conjonctif et les vaisseaux périlobulaires sont encore indemnes.

Dans la rate, la dégénérescence forme des petites zones ayant pour centre les artérioles et veinules de l'organe, tandis que les gros troncs nourriciers ne paraissent pas malades. Dans les reins, on ne trouve d'amyloïde que quelques artérioles glomérulaires afférentes dans la substance corticale, et un plus grand nombre de petits vaisseaux artériels ou veineux dans les pyramides de la substance médullaire. Les vaisseaux pulmonaires contrastent par leur intégrité avec les lésions que nous venons de signaler dans les autres viscères.

La muqueuse digestive est malade dans toute son étendue, et partout la lésion présente le même aspect. Dans l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, la dégénérescence amyloïde semble avoir débuté par le réseau vasculaire superficiel de la muqueuse, pour descendre de là dans les vaisseaux et cloisons interglandulaires. Les glandes elles-mêmes, ainsi que les vaisseaux volumineux contenus dans la tunique sous-muqueuse, ne présentent aucune altération. Dans les tuniques musculaires, quelques artérioles seulement sont dégénérées. La muqueuse vésicale présente des lésions très analogues à la muqueuse digestive ayant également débuté par le réseau capillaire superficiel.

Notons enfin que, dans le myocarde, l'utérus, et les

muscles striés, bon nombre de petits vaisseaux sont amyloïdes.

19. Rupture complète et détachement d'une portion d'anse intestinale, à la suite de contusion de l'abdomen, sans lésion apparente de la peau ; par E. BOULEY, interne des hôpitaux.

Le nommé J..., 65 ans, entre à la salle Saint-Christophe, hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr PÉRIER, le 6 avril 1881.

Le malade raconte qu'une roue de voiture lui a passé sur le ventre et accuse une douleur assez vive dans le côté gauche de l'abdomen. On ne découvre aucune lésion ni du squelette, ni des parties molles des téguments ; pas d'ecchymoses ; à peine une légère éraillure de la peau, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. La pression du ventre, à ce niveau, est douloureuse. Petite plaie et ecchymose au-dessus de l'œil gauche.

L'état général du malade, à son entrée, c'est-à-dire immédiatement après l'accident, est très satisfaisant. On porte un pronostic bénin, tout en faisant cependant quelques réserves à cause de la contusion possible des organes profonds. En effet, le soir même de son entrée, c'est-à-dire 4 ou 5 heures après l'accident, se déclare une péritonite suraiguë, qui enlève le malade dans l'espace de 2 jours. Décès, le 8 avril.

AUTOPSIE. — On rencontre toutes les lésions de la *péritonite purulente* (pus, légères fausses membranes, rougeur et commencement d'adhérences des anses intestinales). Cette péritonite a été déterminée par une rupture de l'intestin grêle, siégeant environ à la partie moyenne.

Une portion d'anse intestinale, sur une longueur de 3 centimètres, a presque été complètement détachée. Elle est retenue par le mésentère qui, déchiré lui-même dans une étendue de 1 centimètre, lui forme pédicule. Un lambeau de péritoine viscéral, auquel adhèrent quelques fibres musculaires longitudinales, passe comme un pont de l'anse intestinale détachée à la portion d'intestin située au-dessus, et sur laquelle il se trouve décollé dans une hauteur de 2 centimètres. Les deux sections de l'intestin sont circulaires, nettes, et semblent faites comme par un instrument tranchant. A peine existe-t-il une légère éraillure du péritoine, au niveau des bords des solutions de continuité, qui sont revenus sur eux-mêmes et légèrement recoquevilés.

Rougeur et infiltration sanguine très prononcée de l'in-

testin et du mésentère, au niveau des ruptures. Cependant, on ne trouve pas de véritable épanchement sanguin. L'intestin est rempli d'une bouillie blanchâtre. Pas de lésion des autres organes.

M. PETIT a vu un cas analogue à celui présenté par M. Bouley, dans lequel il y avait eu une hypothermie très marquée.

20. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Tuberculose ;
par HAVAGE, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à Société anatomique un cœur atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Quoique les cas de ce genre commencent à devenir assez fréquents, celui-ci m'a paru digne d'attirer l'attention, parce que les lésions qu'on y rencontre sont moins accentuées que dans la plupart des cas qui ont été signalés, tout en ayant donné lieu, pendant la vie, à des phénomènes cliniques tout à fait caractéristiques.

Il s'agit d'une jeune femme, la nommée Lucie V..., âgée de 25 ans, entrée le 22 mars 1881 dans le service de M. le Dr MESNER, à l'hôpital Saint Antoine. Cette femme nous raconte qu'elle a toujours été bien portante dans son enfance et dans sa jeunesse, et qu'elle n'a jamais eu d'autre maladie fébrile qu'une rougeole très légère à l'âge de 6 à 8 ans. Elle n'a pas d'antécédents tuberculeux. C'est seulement depuis 5 ans qu'elle est devenue souffrante ; elle a commencé, à cette époque, à avoir des points douloureux dans la poitrine, à tousser, à pâlir, et à maigrir. Un peu plus tard, elle passait deux mois dans une salle d'hôpital où elle était traitée pour une affection du cœur, d'origine inconnue, puisque jamais la malade n'a eu de rhumatisme ni d'autre fièvre grave. — Il y a trois ans, première grossesse, très pénible mais menée à terme cependant, pendant laquelle la dyspnée, la toux, et l'amaigrissement font de sensibles progrès. Au moment de son entrée, la malade est enceinte pour la seconde fois, et elle nous dit que sa grossesse est encore plus pénible que la première. Nous nous trouvons, en effet, en face d'une femme très amaigrie, décolorée, fébricitante, qui tousse beaucoup, et dont la respiration est courte et fréquente.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, la malade accouche de deux jumeaux d'environ 6 mois $1/2$, la poche des eaux s'étant rompue dans un effort de toux.

Comme état local, nous constatons, du côté de la poi-

trine, des signes de ramollissement au sommet gauche, et au sommet droit des signes de congestion et d'induration.

Cœur. Pas de voussure de la région précordiale. Le choc de la pointe du cœur est énergique et se fait à deux travers de doigt environ en dedans du mamelon. Il n'y a pas de frémissement cataire. Rien d'anormal à la pointe.

A la base, on constate, au 1^{er} temps, l'existence d'un bruit de souffle intense, râpeux, prolongé, qui a son maximum d'intensité à l'origine du deuxième espace intercostal gauche, et qui peut se poursuivre, avec le stéthoscope, jusqu'au voisinage de l'articulation omo-claviculaire du même côté. Dans la direction de l'aorte, on entend bien aussi un bruit de souffle, mais celui-ci est très doux et a tous les caractères d'un souffle anémique, qu'on retrouve, d'ailleurs, dans les vaisseaux du cou. Le pouls est petit, misérable, très fréquent, à 120, mais régulier.

Peu de jours après l'accouchement, les phénomènes thoraciques s'exaspèrent, la fièvre devient plus vive, la malade a de fréquents accès d'oppression, et elle succombe le 9 avril.

AUTOPSIE. — *Cœur.* Il a son volume normal. Après avoir coupé la pointe, on constate que les parois du ventricule droit ont une épaisseur presque égale à celle du ventricule gauche (environ 1 cent. 1/2), et que, par conséquent, elles sont hypertrophiées.

En essayant d'introduire l'index dans l'orifice de l'artère pulmonaire, on constate qu'on ne peut y entrer complètement la première phalange; de plus, les valvules sigmoïdes présentent une résistance, une dureté insolites; elles ont, en même temps, un certain degré d'insuffisance. — Après avoir ouvert l'artère pulmonaire dans le sens de sa longueur, on voit que : 1° la circonférence de l'orifice, au niveau de l'insertion des valvules, n'atteint guère que 4 cent. 1/2; — 2° que les valvules sont manifestement épaissies, surtout au niveau de leur bord libre; on croirait qu'elles ont été le siège d'une sorte de rétraction, d'une sorte de plissement qui rétrécit l'orifice et empêche en même temps les valvules de s'affronter directement; — 3° que le calibre de l'artère pulmonaire est assez notablement dilaté au-dessus de l'appareil valvulaire; — 4° qu'il n'y a pas de lésions athéromateuses de cette artère. — En examinant la cavité des oreillettes, nous avons constaté la persistance du trou de Botal, par lequel il est possible d'introduire facilement un crayon; mais, comme les deux lames muscu-

lares qui le limitent se superposent exactement dans l'état de tension de la paroi interauriculaire, il est probable qu'il ne passait par cet orifice qu'une très minime quantité de sang. Le canal artériel n'existait plus.

Rien d'anormal dans le cœur gauche. — L'aorte a un faible calibre; l'orifice aortique a 6 centimètres de circonférence; les valvules sont saines et ont conservé toute leur souplesse.

Poumons. Infiltration tuberculeuse des deux poumons dans toute leur étendue, avec maximum au sommet gauche, où il y a une petite excavation. — Les tubercules forment des amas de la grosseur d'une lentille, en voie de caséification; le tissu pulmonaire intermédiaire a une consistance dure, comme fibreuse (tuberculose ancienne; pneumonie chronique; poussées successives).

RÉFLEXIONS.— De cette observation, il résulte, qu'avec un rétrécissement médiocre (puisque la circonférence de l'anneau d'insertion n'est que de deux centimètres au-dessous de la normale), avec des valvules simplement épaissies, mais non rugueuses ni calcaires, avec un rétrécissement qui n'a déterminé, en somme, qu'une hypertrophie ventriculaire modérée, il résulte qu'on peut observer cliniquement un souffle aussi intense et aussi râpeux que dans des rétrécissements beaucoup plus étroits. Mais, le frémissement cataire nous a fait défaut. Quant aux modifications que l'expiration forcée apporte aux caractères du souffle, il nous a été impossible de les rechercher, à cause de la dyspnée continuelle dont souffrait la malade.

Il est assez difficile, croyons-nous, de se prononcer sur l'origine de la lésion. Mais, il nous semble qu'il faut écarter l'hypothèse d'une lésion acquise, parce que, d'une part, la malade n'a jamais eu aucune affection susceptible de retentir sur le cœur; parce que, d'autre part, les troubles cardiaques existaient antérieurement à toute grossesse, et que, par conséquent, cette cause ne saurait non plus être invoquée; parce que, enfin, l'artère pulmonaire n'était pas athéromateuse.

Nous ne pensons pas non plus qu'il s'agisse d'un vice de conformation, quoiqu'il y eût une persistance du trou de Botal. Nous savons, en effet, depuis les recherches de M. Parrot, que l'inocclusion du trou de Botal, telle qu'elle existait dans ce cas, se rencontre fréquemment sans pro-

duire aucun trouble physiologique; notre malade, d'ailleurs, n'avait jamais eu de cyanotose.

Le simple épaissement des valvules et la rétraction de l'anneau d'insertion nous feraient pencher vers une lésion consécutive à une endocardite foetale. Resté pendant longtemps latent, le rétrécissement de l'artère pulmonaire n'a amené de troubles cardiaques qu'après l'apparition des phénomènes pulmonaires, lesquels paraissent bien devoir être imputés à l'affection valvulaire, puisqu'il n'y avait pas d'antécédents tuberculeux. Enfin, il nous semble évident que les grossesses ont influencé d'une manière funeste la marche de la maladie, en augmentant encore la gêne de la circulation pulmonaire.

21. M. CHAUFFARD, au nom de M. JUHEL-RÉNOY, montre un cas de *dégénérescence amyloïde*, le foie et le rein sont atteints par la lésion. Chez ce malade, il n'y avait ni sup-puration chronique, ni syphilis.

Séance du 30 avril 1881.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

22. Néphrite parenchymateuse (Gros rein blanc). — **Catar-
rhe laryngo-bronchique accompagné d'œdème péri-la-
ryngé avec cyanose de la langue et de la muqueuse du
plancher de la bouche.** — Courte rémission. — **Pleurésie
gauche terminée par pyo-pneumo-thorax et pleurésie sèche à droite.** — **Mort.** — **Autopsie;** par le Dr SOREL (de Sétif).

Nudischer (Valentin), journalier, âgé de 43 ans, entré à l'hôpital militaire de Sétif le 29 août 1880, et qui succomba le 1^{er} octobre suivant.

Renseignements. Habite l'Algérie depuis une trentaine d'années; buveur, sans habitudes marquées d'intempérance; antécédents telluriques de 1856 à 1859; a toujours joui depuis d'une bonne santé et n'a présenté notamment ni troubles de la vision ni infiltration œdémateuse d'aucune sorte. Au contraire, la figure est osseuse et les téguments sont sus-musculature ordinaire. Varices aux membres inférieurs.

Le 26 août, au matin, Nudischer travaillait près du village de Saint-Arnaud, au curage d'une rigole alimentant un moulin. Le sirocco soufflait et la sueur baignait son front, il enlève le chapeau de feutre qu'il portait habituellement et prend froid par suite d'un changement dans la direction du vent. A deux heures de l'après-midi, après la sieste, lorsqu'il veut se remettre à l'ouvrage, il se sent faible, il est pris de vertiges et frissonne. Dans la soirée, il tousse, la voix devient rauque et le cou enfle au-devant du larynx; les symptômes sont accompagnés de fièvre.

Le médecin de colonisation le voit le 28 août, et frappé de l'aspect de la langue devenue violacée, le fait diriger sur l'hôpital de Sétif où il entre le 29 août dans la journée.

L'attention est sollicitée tout d'abord par le timbre voilé de la voix, ainsi que par le gonflement oedémateux des tissus qui recouvrent le cartilage thyroïde. Cependant, la région est peu augmentée de volume, et la peau glisse sur les muscles sous-jacents; une légère douleur est ressentie dans les mouvements de déglutition et par la pression du cartilage entre les doigts. Il n'existe aucun symptôme dans le voisinage de l'os hyoïde.

La langue, de volume à peu près normal, libre dans ses mouvements qui ne sont nullement entravés ou douloureux; est complètement cyanosée. Elle présente une teinte violacée livide qui se retrouve sur le plancher de la bouche. Les veines canines ne sont pas développées outre mesure; le trajet des conduits de Warthon est marqué par deux replis durs et saillants, la muqueuse, au niveau de leur orifice, forme de chaque côté un bourrelet arrondi surmonté d'une petite plaque noire de sphacèle, tout à fait superficielle.

Les gencives inférieures présentent cet état cyanotique à un degré atténué et sont restées fermes. La muqueuse palatine et celle du pharynx sont normales. Il existe de la fièvre, un peu d'irritation laryngée; ni dyspepsie, ni oppression; toux, expectoration filante, aérée à la surface. Les symptômes physiques consistent en râles muqueux fins disséminés, mais plus abondants en arrière et à gauche. L'état de cyanose, atténué après application de quelques sangsues derrière les angles de la mâchoire inférieure, disparaît le 30 après une nouvelle application.

31 août. La muqueuse a repris sa coloration normale, les petites plaques de sphacèle s'exfolient, mais le trajet des conduits de Warthon reste saillant, bien qu'à un degré moindre, jusque vers le 10 septembre.

Entre temps, le 5 septembre, de petites exfoliations blanchâtres se montrent sur le bord gauche de la langue, et

l'une siége du même côté, au-dessus de l'orifice du conduit de Warthon. Ces plaques sont disparues le 8 septembre, en même temps, la langue desquame légèrement. Le catarrhe laryngo-bronchique s'amende rapidement; le 1^{er} septembre, l'élévation du larynx se fait sans douleur, mais la pression directe n'est tout à fait indolore que le 11 septembre.

La fièvre est tombée le 8, il n'existe plus au-devant du larynx qu'un peu d'œdème dû à l'application d'un vésicatoire. Le malade se regarde comme guéri, l'appétit est bon et le sentiment de bien-être complet.

Du 31 avril au 6 septembre, il a été maintenu sous l'action de la digitale. La température oscille entre 37°,5 et 39°,2.

La rémission fut de courte durée. Le 13 septembre, douleur vive dans l'hypochondre gauche, augmentant encore le 14 et devenant sous-mamelonnaire le 15; la fièvre réapparaît; la respiration est gênée par la douleur, mais pas de dyspepsie réelle. Une pleurésie naissait, caractérisée par la matité au tiers inférieur du thorax à gauche et en arrière, et, dans cette même région, par la diminution puis l'abolition des vibrations thoraciques, la respiration affaiblie puis soufflante. Du reste, pas d'oppression, l'expectoration, rare, est filante, spumeuse à la surface.

16 septembre. La matité s'élève au tiers moyen; vers l'angle inférieur de l'omoplate, souffles et bronchophonie, l'un et l'autre de ces symptômes ayant quelque chose de retentissant et de métallique. Le cœur ne subit aucun déplacement; le périmètre thoracique mesure 0^m850 le 17 septembre, et 0^m870 le 19, et dès lors ne varie plus. La matité s'est élevée, mais reste bornée à la région postérieure.

21 septembre. Dans la journée, l'haleine devient fétide; rejet de quelques crachats muco-purulents.

22 septembre. Dans l'après-midi, formation d'une vomique; le malade emplit plusieurs crachoirs d'une expectoration de crachats pelotonnés, d'un liquide visqueux semblable à l'albumine de l'œuf rendu en abondance, la surface est spumeuse; l'odeur repoussante rappelle celle de la carie dentaire. Pas d'oppression marquée; sub-matité dans toute l'étendue du thorax à gauche et en arrière, à l'auscultation, symptômes confus.

23 septembre. L'haleine a perdu sa fétidité le matin, l'expectoration est rare. A l'auscultation, on perçoit dans les fosses sus et sous-épineuses un souffle amphoro-métallique à timbre dense, ayant quelque chose de humé et de voilé, il est accompagné de temps à autre par du tintement métallique. En avant et sur le plan axillaire, antérieure-

ment, on trouve toujours des râles muqueux. A droite, respiration compensatrice. Le cœur n'a pas varié de position, périmètre thoracique, 0^m 870. Rejet abondant de pus dans l'après-midi.

24 septembre. Les vibrations vocales sont légèrement perceptibles ; râles à grosses bulles en arrière dans le tiers inférieur ; râles à bulles moyennes dans le reste du poumon. Souffle dans l'aisselle et vers l'angle inférieur de l'omoplate. Les phénomènes amphoro-métalliques sont limités à la fosse sus-épineuse ou les râles bulleux voisins se répercutent sous forme de crépitations métalliques. L'expectoration purulente est fétide et contient des détritux gangréneux les 24 et 25.

Du 25 septembre au 1^{er} octobre. Les mêmes symptômes persistent, c'est-à-dire : sub-matité en arrière, râles muqueux à grosses bulles dans toute l'étendue du poumon, sauf la fosse sus-épineuse où se produit le souffle amphoro-métallique, qui est surtout marqué après une expectoration abondante. Mais, survenaient de nouveaux accidents à droite. Le 25 septembre, point de côté sous-mamelonnaire ; la sonorité paraît diminuée à la base et en arrière. Les jours suivants, frottements, râles plus marqués à l'inspiration, qui en même temps est un peu rude et squillée. De temps en temps, râles bulleux.

30 septembre. Toujours en arrière, à la base, crépitation fine à l'inspiration suivie d'un frottement dur et s'achevant par une suite de saccades qui se poursuivent à l'expiration, qui est prolongée. Ce bruit, perceptible à la palpation, ressemble à des décharges successives de mousqueteries dans le feu à volonté. Il devient plus fort le 1^{er} octobre et s'étend au tiers moyen. L'expectoration purulente, fétide, variable comme abondance, contient de temps à autre un peu de sanie gangréneuse mêlée à de petits caillots sanguins. Le périmètre thoracique reste fixé à 0^m 870.

Les selles ont toujours été volontaires, normales et régulières. L'urine contenait une grande quantité d'albumine qui se prend en masse sous l'influence de la chaleur ou de l'acide nitrique. Elle est colorée, non mousseuse, sa réaction est acide,

Le poulx devient petit, misérable, tend à dépasser 120 pulsations à partir du 29 septembre ; la bouche se dessèche et les lèvres se cyanosent le 30, mais la connaissance persiste entière. Le 1^{er} octobre, les extrémités se refroidissent, des râles trachéaux apparaissent dans la journée, et la mort a lieu à 8 heures du soir.

AUTOPSIE, 20 heures après la mort. — Rigidité cadavérique, pas d'émanation notable, aucune infiltration œdémateuse. — *Cavité crânienne* : méninges saines, pas d'athérome artériel, liquide ventriculaire en quantité normale. *Cerveau* sain, l'hémisphère droit pèse 530 grammes et le gauche 525 grammes.

Cavité abdominale. Aucun liquide dans le péritoine. *Foie* congestionné, légèrement friable, pesant 2 kil. 260. D'après l'examen histologique fait par M. Laveran, outre la congestion, il y avait de la dégénérescence graisseuse commençante, et des traces de dégénérescence amyloïde dans les artérioles. On retrouve ces mêmes traces dans la rate augmentée de volume, congestionnée, et du poids de 520 grammes.

Les reins, doublés de volume, entièrement décolorés aussi bien à la surface qu'à la coupe, présentent l'aspect classique du gros rein blanc. M. Laveran constate la présence de cylindres hyalins dans les tubes des pyramides de Malpighi et des traces de dégénérescence amyloïde dans les artérioles des glomérules. Le tissu conjonctif interstitiel est sain. L'altération paraît également répartie et arrivée au même degré des deux côtés et dans chaque rein en particulier; le droit pèse 370 grammes et le gauche 390 grammes.

Cavité thoracique. Absence de liquide dans la péricarde; le cœur, en situation normale, n'est pas hypertrophié, il paraît sain, pas d'athérome des gros vaisseaux.

Poumon gauche. A gauche, existe une pleurésie purulente; d'odeur fétide, le liquide est maintenu en lame par des adhérences étendues en bas à toute la plèvre diaphragmatique et suivant, en avant, de haut en bas la ligne des articulations chondro-sternales, en arrière, la gouttière vertébrale. Le poumon a conservé l'aspect normal en avant et sur ses faces médiastines. Postéro-latéralement, il est congestionné, un peu refoulé par l'épanchement qui, séropurulent, ne contient aucune fausse membrane. La plèvre, très peu épaissie, a pris une teinte grisâtre. Au sommet, vers le plan axillaire, une néo-membrane allant de la plèvre pulmonaire à la plèvre pariétale limite une cavité de résonnance, en communication avec les bronches par une dépression en cul de poule pouvant loger une petite noix, et creusée aux dépens du poumon un peu refoulé et sphacélé à la surface. Les bords libres sont emphysémateux.

Poumon droit. A droite, pleurésie sèche comprenant la surface diaphragmatique et la face postérieure du lobe inférieur en gagnant sur le lobe moyen. La plèvre, très peu épaissie, présente une surface dépolie, hérissée de granula-

tions et donne la sensation tactile d'une membrane parcheminée, mais dont la surface serait rugueuse à la façon du papier de verre ou d'une langue de chat; la limite supérieure est marquée par une courbe parabolique.

Cet état se retrouve sur la plèvre pariétale, dans les mêmes régions. La sécheresse est absolue en arrière, sans interposition d'aucun liquide. Il n'y a ni adhérences, ni néomembranes, ni fausses membranes, à l'exception d'un filet fibrineux unique dans le sillon costo-diaphragmatique, en arrière. La plèvre est très légèrement lubrifiée dans la scissure inter-lobaire qui sépare le lobe moyen du lobe inférieur et sur sa face diaphragmatique. Le parenchyme pulmonaire est un peu congestionné, absence de tubercules aussi bien à droite qu'à gauche. L'examen du *larynx* ne présente rien de particulier.

RÉFLEXIONS. — Bien que, jusqu'au 26 août 1880, la néphrite parenchymateuse n'ait traduit son existence par aucun symptôme général, il n'en est pas moins vrai qu'elle domine la situation, et nous trouvons là un exemple frappant de l'influence des états dyscrasiques secondaires sur l'évolution et la gravité des maladies vulgaires.

Nés à l'occasion d'un refroidissement, les accidents que nous avons vu se développer ont été la terminaison naturelle d'une affection devenue constitutionnelle et qui leur a imprimé un cachet spécial; mais, la longue période de latence de la dyscrasie albuminurique n'en reste pas moins remarquable.

Cette observation prêterait en outre à de nombreuses considérations de séméiotique; je me borne à indiquer l'état cyanotique si singulier de la langue et de la muqueuse du plancher de la bouche, que ne suffit pas à expliquer une gêne de la circulation en retour, par suite de l'infiltration œdémateuse des tissus péri-laryngés; et, d'autre part, l'existence d'une pleurésie absolument sèche et dont l'extension a suivi une courbe parabolique, en l'absence de tout épanchement.

23. Ramollissement aigu du cerveau. — Foyers multiples dans le corps strié gauche. — Petite plaque rouge dans l'écorce grise de la circonvolution de Broca. — Hémiplegie droite avec aphasie; par le Dr SOREL (de Sétif.) (1).

G... Joseph, italien, âgé de 48 ans, tailleur de pierres, est apporté à l'hôpital militaire de Sétif (Algérie), le 1^{er} septembre 1880, et succombe le 3 septembre dans la journée.

Cet homme, sans antécédents rhumatismaux connus, sans habitude marquée d'ivrognerie, était porteur d'une affection organique du cœur, qui rendait l'essoufflement facile. Attaques apoplectiques dans la nuit du 31 août au 1^{er} septembre, il est apporté à l'hôpital vers 6 h. du matin. Au moment de la visite, la connaissance est revenue, mais il est totalement aphasique, bredouille des syllabes sans lien aucun, et, quand on l'interpelle, prononce les mots oui ou non. Une seule fois il donna son prénom, Joseph.

Motilité. Paralyse faciale inférieure incomplète, hémiplegie droite, l'akinésie est plus prononcée au membre supérieur.

Sensibilité. Elle est diminuée à la face, aux mains et au membre inférieur, à droite; abolie au membre supérieur du même côté. Les réflexes sont conservés au membre inférieur. Les pupilles réagissent également à la lumière, cependant, la vision paraît ne plus se faire à gauche, le malade éloignant la main qui couvre l'œil droit, quand on lui demande de saisir un objet. La fièvre s'allume dans la journée du 1^{er} septembre; le 2, pneumonie diffuse à droite; mort le 3 septembre, dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — Rigidité cadavérique prononcée, ayant débuté aussitôt après la mort, pas traces de décubitus. **Cerveau.** Œdème louche des méninges, plus accusé aux lobes occipitaux déclives; suffusion sanguine légère au niveau du pied des circonvolutions frontales, à gauche. Les vaisseaux de la base sont sains.

Hémisphère gauche. Aucune lésion apparente à la sur-

(1) Cette observation, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, se trouve publiée dans le numéro de l'*Union médicale* du 6 mars 1881. Une interprétation fautive des coupes de Pitres et l'absence de schéma la rendent difficilement compréhensibles; étant donné l'intérêt qu'elle présente au point de vue du siège et de la limitation précise de la lésion cause de l'aphasie, je la reproduis en abrégant les renseignements cliniques et en complétant la partie anatomiques, par deux schémas.

face externe. Une coupe passant par l'origine même des pieds des frontales intéresse un foyer de ramollissement rouge, situé dans la moitié supérieure du noyau lenticulaire, mais n'arrivant pas tout à fait à la surface. La coupe *pédiculo-frontale* classique, plus antérieure de 2 millimètres environ, divise ce même foyer, mais porte, de plus, sur un foyer occupant la tête du noyau caudé.

Elle met en outre en évidence une plaque rouge siégeant dans l'écorce grise, qui coiffe à la façon d'un cintre le prolongement antérieur horizontal de la scissure de Sylvius, au niveau où la troisième frontale se détache de l'insula de Reil pour former l'opercule; elle prend fin au point où la circonvolution se replie horizontalement pour gagner le lobule orbitaire.

Cette plaque de ramollissement est exactement bornée à l'écorce grise et respecte les faisceaux blancs sous-jacents; son étendue, d'arrière en avant, est de 7 à 8 millimètres, la partie cintrée mesure 2 millimètres, et chacun des jambages est sensiblement égal à une longueur de 5 millimètres, ce qui lui donne une superficie de 1 centimètre carré.

En dehors des deux foyers qui occupent la partie antéro-supérieure des noyaux caudé et lenticulaire, il s'en trouve un troisième situé un peu en arrière du précédent, dont il est séparé par une mince cloison de substance restée saine, et qui siège ainsi dans la portion optique du noyau lenticulaire.

Ces foyers n'atteignant pas la surface des ganglions, la capsule externe reste intacte. Quant à la capsule interne, elle est légèrement lésée, tout à fait en avant, dans sa portion lenticulo-striée, par quelques irradiations venues du noyau caudé; et, en arrière, dans la portion sensitive de la région lenticulo-optique, elle est intéressée par une extension du foyer postérieur, dans des limites que des coupes horizontales substituées aux coupes verticales méthodiques de Pitres m'ont empêché de reconnaître.

Hémisphère droit. Il présente une petite cavité lacunaire en bissac, occupant toute la partie antérieure des noyaux caudé et lenticulaire, à parois blanches et lisses, d'origine ancienne. La portion rétrécie correspond à la capsule interne. Aucune altération notable des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules, de la protubérance, du bulbe ou du cervelet.

Poumons. Le poumon gauche est un peu congestionné; le poumon droit est très congestionné dans ses lobes supérieur et moyen; le lobe inférieur contient des noyaux diffus de pneumonie, dont un plus volumineux est situé en

arrière, au niveau d'une adhérence pleurale ancienne. Aucun infarctus hémorragique.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche; insuffisance légère des valvules aortiques, qui, un peu indurées sur les bords, laissent un petit pertuis central quand elles viennent au contact. Au-dessus d'elles, se trouve une plaque d'athérome. La valvule mitrale épaissie, soudée par ses bords, forme un anneau admettant le doigt indicateur à frottement dur. On trouve à sa face supérieure une induration cartilagineuse et une ulcération étoilée, point de départ de la bouillie athéromateuse qui fut l'origine des foyers de ramollissement. Les tendons papillaires qui s'insèrent en ce point de la valvule sont eux-mêmes indurés. Le cœur droit et le péricarde ne font l'objet d'aucune observation. Le foie est congestionné. La rate, de volume normal est aussi congestionnée, mais la consistance en est ferme. Congestion des reins qui sont uniformément colorés. Rien de particulier à noter du côté des autres organes.

RÉFLEXIONS. — Les rapports entre les phénomènes cliniques et les lésions observées sont tout à fait classiques. Le fait intéressant de cette observation est la lésion nettement délimitée de l'écorce grise qui a entraîné l'aphasie, son peu d'étendue, et son siège qui la fait appartenir à la fois à l'insula de Reil et à la circonvolution de Broca. Elle méritait d'être recueillie comme pouvant contribuer à fixer les limites de l'aire cérébrale dont dépend la faculté du langage.

24. Pneumonokoniose sidérotique?—Hydrothorax.—Thoracentèse.—Expectoration albumineuse.—Mort; par J. COMBY, interne des Hôpitaux.

L... 47 ans, tailleur de limes, entre le 25 avril 1881, dans le service de M. SIREDEY. Cet homme, habituellement très bien portant, n'offre rien de notable dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Il exerce depuis son enfance la profession de tailleur de limes, qui consiste à produire, en frappant avec un ciseau, des arêtes vives sur un fragment d'acier. Ce travail est pénible et provoque le dégagement de poussières métalliques qui pénètrent dans les voies respiratoires des ouvriers.

Le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital a été des plus insidieux; c'est une toux légère, rare, sèche qui dure depuis cinq mois. Il n'a jamais eu de fièvre, ni de point

de côté, mais seulement un peu de dyspnée et l'impossibilité de garder longtemps le décubitus latéral gauche. Depuis deux mois, le malade a beaucoup maigri, l'oppression a augmenté, et le travail est devenu très pénible; mais il n'a été arrêté que depuis quelques jours.

Il a été vu en ville par un médecin, qui lui a fait appliquer sur le côté droit de la poitrine une série de vésicatoires volants.

État actuel. Le faciès est pâle, amaigri; le malade, très oppressé, est couché sur le côté droit, et il ne peut se coucher sur le côté gauche sans être pris d'accès d'étouffement. Tout le côté droit de la poitrine est bombé, absolument mat, sans résonnance vocale; la matité déborde même du côté gauche et dépasse notablement le médiastin. Il existe du souffle tubaire, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone, en arrière et à droite. — A gauche, la respiration est mêlée de râles sibilants. Le cœur est dévié vers l'aisselle gauche, où l'on entend très nettement ses bruits, sans mélange de souffle.

Le ventre est très volumineux, et, à la palpation, on sent une masse dure qui descend à quelques centimètres du pubis; c'est le foie qu'on limite très bien, et qui semble hypertrophié.

Il occupe tout l'épigastre, la région ombilicale, le flanc droit, et empiète sur l'hypochondre gauche, formant à ce niveau une saillie arrondie qui donne les apparences d'une tumeur, d'un kyste. La rate ne paraît pas augmentée de volume. La circonférence de la poitrine, au-dessous des mamelons, est de 91 centimètres.

En présence de ces signes, il était impossible de méconnaître l'existence d'un épanchement pleural énorme, ayant refoulé le médiastin à gauche, et le foie en bas. De plus, le début de l'affection indiquait un épanchement séreux simple, non inflammatoire, un hydrothorax plutôt qu'une pleurésie. Le foie paraissait tellement considérable qu'il était permis de penser à une altération profonde de ce viscère et même à une tumeur, plutôt qu'à un simple déplacement ou refoulement dans l'abdomen.

Le cœur, examiné avec soin, n'a pas semblé malade. La thoracentèse était urgente; elle fut pratiquée le 27 avril, avec un petit trocart et l'appareil aspirateur de M. Potain. Le vide fut fait aussi complètement que possible dans une bouteille, et nous retirâmes ainsi 4 litres de sérosité limpide, sans incommoder le malade; sans provoquer ni toux, ni expectoration.

L'opération dura une demi-heure; nous retirâmes le tro-

cart quand le malade commença à se sentir gêné; cependant, il restait encore une quantité notable de liquide dans la plèvre. A mesure que la plèvre se vidait, nous voyions le volume du ventre diminuer, et le foie remonter; à la fin, il ne débordait plus les fausses côtes que de quelques travers de doigt.

En même temps, la sonorité est revenue dans les deux tiers supérieurs de la poitrine; la respiration s'entend, mêlée de râles sous-crépitaux. — La circonférence du thorax, mesurée à ce moment, donne 88 centimètres. Le malade est bien soulagé et les suites de l'opération semblent devoir être très heureuses.

Mais, une heure ne s'était pas écoulée que le malade est pris de toux répétée, quinteuse, fatigante, suivie bientôt d'une expectoration extrêmement abondante. Le liquide rendu est séreux, tout à fait semblable à celui de la plèvre, se prenant en masse par l'acide nitrique. Bientôt, le malade est en proie à une anxiété très grande, il devient algide, sa face cyanosée se couvre d'une sueur froide, et il meurt trois heures et demie après l'opération. Il avait rendu deux litres d'expectoration albumineuse, les dernières parties étaient mêlées d'un sang spumeux. — Le traitement employé dans ce cas, sans succès, a consisté en ventouses sèches, sinapismes, inhalations d'oxygène, potions de Todd.

En résumé, à la suite d'une évacuation abondante (4 litres) et rapide (1½ heure) avec aspiration, nous avons vu survenir une expectoration albumineuse mortelle.

AUTOPSIE, 27 heures après la mort. — A l'ouverture du ventre, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique, et le foie qui, avant la thoracanthèse, descendait au-dessous de l'ombilic, est maintenant remonté et ne déborde que de deux travers de doigt les fausses côtes.

Ouverture de la poitrine. — Les poumons sont en rapport avec la partie antérieure de la cage thoracique et laissent voir entre eux le sac péricardique, qui paraît très développé. Les deux sommets des poumons sont unis à la plèvre pariétale par des adhérences lâches; des adhérences plus serrées unissent le péricarde aux plèvres pulmonaires. Dans aucun autre point des plèvres viscérales ou pariétales, on ne rencontre de fausses membranes. Il reste encore deux litres de sérosité dans la cavité pleurale droite. Après avoir enlevé tout le paquet des viscères thoraciques, nous voyons que les deux poumons sont énormes, noirs et très congestionnés. A leur surface, on remarque un semis de petites granulations grises, qui ne sont pas des tuber-

cules, mais des petits fibromes pleuraux. A côté de ces petites productions, la plèvre viscérale est parfaitement saine et nullement épaissie; c'est une preuve anatomique ajoutée aux preuves cliniques que nous étions bien en présence d'un hydrothorax. Outre les granulations de la surface, on aperçoit des traînées noirâtres polygonales ou irrégulières, qui semblent dues à une anthracose physiologique. A côté des parties noires sont des taches rougeâtres, couleur de rouille, qui pourraient bien être dues à de l'oxyde de fer. Le tissu pulmonaire est dur à la pression, manifestement sclérosé. Au sommet, on sent des parties plus dures encore, comme pierreuses, et, sur une coupe, on voit des fragments ayant la dureté du fer; il n'y a pas trace de tubercules. La coupe des lobes inférieurs des deux poumons montre une congestion intense, voisine de la splénisation, avec une consistance spéciale du parenchyme.

Les bronches, incisées sur la sonde cannelée, sont remplies d'un liquide rouge et spumeux. A la partie postérieure du médiastin et du hile du poumon, on voit un grand nombre de ganglions lymphatiques très gros, noirâtres et durs, ils seront examinés au microscope.

Le péricarde forme une masse épaisse et lardacée qu'on incise avec peine; sa cavité contient en abondance un liquide séreux; des adhérences épaisses unissent le péricarde viscéral au pariétal; la surface du cœur est hérissée de mamelons irréguliers et tout son tissu musculaire est englobé par le feuillet viscéral du péricarde, qui atteint une épaisseur de un centimètre. Les cavités cardiaques ne présentent rien de spécial; l'endocarde est lisse, les orifices sont suffisants et non rétrécis, les valves sont saines. Il existe seulement à l'origine de l'aorte quelques petites plaques athéromateuses lisses et molles. Il existait donc une péricardite ancienne qui nous avait échappé pendant la vie; cependant, le cœur avait été ausculté avec d'autant plus de soin qu'il était dévié à gauche dans une pleurésie droite. Du reste, les péricardites latentes, comme celle-ci, ne sont pas très rares.

Le foie est très volumineux; il pèse 2 kilogr. 500 gr., il est lisse, très dur à la pression, et offre l'aspect du foie muscade. Sur des coupes, on voit des dilatations biliaires et des plaques blanchâtres qui seront étudiées au microscope. Pas de calculs biliaires dans la vésicule. Rate de moyen volume. Reins très rouges, lisses, congestionnés.

RÉFLEXIONS. — Nous devons relever dans cette observa-

tion trois points principaux : 1° la sidérose pulmonaire chez un tailleur de limes respirant depuis longtemps des poussières de fer. Cette lésion, latente pendant une longue période, a fini par provoquer la formation d'un hydrothorax colossal, qui a conduit le malade à l'hôpital; 2° la péricardite, qui nous avait échappé complètement pendant la vie, malgré l'abondance de l'épanchement, et l'épaississement du feuillet viscéral; 3° la thoracenthèse et l'expectoration albumineuse mortelle qui l'a suivie. On nous accusera d'avoir retiré trop vite (une demi-heure) avec un appareil aspirateur une trop grande quantité de liquide (4 litres); sur le premier point, nous reconnaitrons que nous aurions dû modérer la vitesse de l'écoulement; quant à la question de l'aspiration, nous ne croyons pas qu'elle joue un grand rôle dans la production de l'expectoration albumineuse; car, nous voyons des thoracenthèses faites suivant le procédé de Reybard, s'accompagner d'expectoration albumineuse (in thèse de Terrillon). Quant à la quantité du liquide retiré, nous ne croyons pas qu'elle puisse expliquer, à elle seule, l'expectoration albumineuse : nous avons observé, en effet, tout récemment, deux expectorations albumineuses modérées chez une femme à laquelle nous n'avions retiré qu'un litre de liquide la première fois, et $\frac{3}{4}$ de litre la seconde fois. Chez un homme auquel nous avons retiré 2 litres, nous avons observé également une expectoration albumineuse abondante (plus d'un litre) suivie de guérison.

Il nous semble que l'état du poumon et du médiastin joue un rôle bien plus important dans la question, que le *modus faciendi*; si notre malade n'avait pas été atteint de pneumokoniose et de péricardite, il est probable qu'il ne serait pas mort d'expectoration albumineuse.

M. R. MOUTARD-MARTIN fait observer que l'épanchement si abondant qui occupait la plèvre droite paraît être un épanchement passif; rien ne plaide en faveur de sa nature inflammatoire; on ne reconnaît à l'œil nu aucune trace de fausses membranes à la surface du poumon, on ne constate aucun processus inflammatoire. Par contre, on remarque un engorgement considérable des ganglions du hile, de telle sorte que le mécanisme de la compression peut être légitimement invoqué.

Au point de vue de la thoracenthèse, ou plutôt de l'expectoration albumineuse consécutive, à laquelle le malade a succombé, M. R. Moutard-Martin relève la quantité considérable de liquide qui a été soustraite et la grande rapidité avec laquelle ce liquide a été soustrait. Il voit là la cause de l'expectoration albumineuse qui est survenue, et pense que, pour éviter cet accident, il est bon d'opérer de la façon suivante. Le trocart et sa canule étant nettoyés, c'est-à-dire flambés à l'alcool, puis trempés dans de l'huile phéniquée, on pratique la ponction. Le vide est alors fait dans la bouteille, et le liquide s'écoule. On se guidera, relativement à la quantité de liquide que l'on retirera, sur l'état du malade. La tendance à la syncope, une toux pénible, quinteuse, angoissante, indiqueront de cesser l'aspiration en montrant que le déplissement pulmonaire se fait difficilement. L'évacuation sera faite lentement, c'est-à-dire que le vide sera très incomplet dans la bouteille : trois ou quatre coups de pompe donnés, lorsque l'écoulement cesse par le tube aspirateur, suffiront pour que l'écoulement reprenne, et, lorsqu'il cessera de nouveau, trois ou quatre nouveaux coups de pompe seront donnés... et ainsi de suite. Ce vide très incomplet a un autre avantage ; on évite ainsi d'attirer les fausses membranes qui, lorsque le vide est très marqué, doivent en quelque sorte forcément être attirées vers le trocart et venir le boucher.

En procédant ainsi, on retirera d'ordinaire un litre à un litre et demi sans aucune difficulté, sans aucune gêne pour le malade, sans expectoration albumineuse. L'opération sera répétée au besoin quelques jours après. Sur 40 thoracenthèses ainsi effectuées, M. R. Moutard-Martin n'a pas eu un seul cas d'expectoration albumineuse. Il attache la plus haute importance aux trois précautions suivantes : évacuer une quantité modérée de liquide en se guidant surtout d'après l'état du malade ; l'évacuer lentement et avec un vide très incomplet dans le but de soustraire le liquide doucement et de ne pas attirer les fausses membranes qui, souvent, flottent dans l'épanchement.

25. Endocardite végétante ancienne et récente. — Infarctus viscéraux. — Ramollissement cérébral. — Aphasie sans troubles moteurs; par RAMONAT, interne des hôpitaux et FREBAULT, externe du service.

Le malade a été bien portant jusqu'à 18 ans. A cette époque, il a été pris de douleurs rhumatismales occupant toutes les articulations. Il est resté souffrant pendant 18 mois. Il ne paraît pas y avoir eu de complications cardiaques. A 22 ans, il a eu des épistaxis considérables; à 26, il a eu la fièvre typhoïde qui a duré deux mois environ. La suite de l'observation montrera que cette dernière maladie pourrait bien ne pas avoir existé.

Depuis cette époque, il n'a plus été malade jusqu'au 12 février. Il a été pris de fièvre, de courbature, de céphalalgie intense. Il se soigne chez lui jusqu'au 14 mars, et vient demander son entrée à l'hôpital, salle Beaujon, dans le service de M. GOMBAULT.

Etat actuel. Il éprouve une céphalalgie intense, il a des tintements d'oreille. Il a le faciès typhique très marqué, la face un peu cyanosée. La langue est blanchâtre et rouge sur les bords et à la pointe; l'appétit est perdu, la bouche amère. Il y a de la diarrhée. L'abdomen est douloureux à la pression; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le malade n'a pas eu d'épistaxis; le pouls est fort et dicrote, le cœur bat avec violence, les battements ont un timbre métallique à la pointe, léger souffle mal localisé à la base. Dans le poumon, quelques râles fins et des râles sibilants nombreux; submatité au sommet du poumon droit. Le malade accuse des douleurs vives dans les jambes et dans les pieds. Taches rosées sur l'abdomen. T. à 40°. Rate grosse.

On pense à une fièvre continue, les symptômes cardiaques n'étant pas suffisants pour faire admettre une endocardite à forme typhoïde. L'examen du sang n'a pas été pratiqué.

17 mars. Le malade a une douleur vive au niveau de la rate. Le faciès est plus abattu; le gargouillement persiste avec la diarrhée; la température augmente: 40°,6.

19 mars. Le point de côté est plus fort et empiète sur la région cardiaque. Les battements cardiaques sont violents; le caractère métallique des bruits persiste. Le gargouillement continue; les taches rosées ont disparu. Persistance des râles dans les deux poumons. T. 40°,4.

20 mars. La douleur précordiale est de plus en plus forte. Le caractère métallique s'accroît. La pointe du cœur bat dans le 5^e espace. Frottements péricardiques légers. Le pouls est dicrote. L'abattement paraît un peu moindre. T. à 40°, 8.

22 mars. Il existe toujours un souffle superficiel, peu intense, occupant les deux temps, à la partie moyenne du cœur. L'endocarde doit se prendre. Les bruits ont le même caractère, les râles disparaissent, la douleur est moins forte, la température descend un peu. T. 40°, 2.

23 mars. Le malade a été pris brusquement, le 22 au soir, de perte presque complète de la motilité dans le côté droit. Le matin, il y a seulement faiblesse et non paralysie de ce côté. Les mouvements sont conservés. Le malade remue son bras, le tient élevé au-dessus du lit; de même pour le membre inférieur. Les doigts sont cependant fléchis dans la paume de la main, le pouce au-dessous d'eux. Pas de paralysie faciale. Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose ou répète toujours le même mot : oui, oui. Le souffle de la pointe persiste aux deux temps et est perceptible à la main. A la base, le premier bruit est fort et bien frappé; le second bruit est prolongé par un souffle filé, aspiratif, occupant la zone aortique. Pas de troubles de la sensibilité. M. T. 39°, 2.

24 mars. La faiblesse des membres droits a disparu. Le malade répond aujourd'hui aux questions qu'on lui pose par : non, non, non, etc., il arrive cependant à aligner quelques mots, en répétant ceux des questions qu'on lui pose. Il est un peu abattu.

Le souffle diastolique de la base est toujours très accentué. On pose le diagnostic d'endocardite ulcéreuse avec végétation et embolie cérébrale.

25 mars. Même souffle à la base; diminution des bruits morbides de la pointe. T. 39°, 8.

26 mars. Souffle de la base moins fort; il est masqué par un bruit morbide paraissant superficiel et occupant les deux temps du cœur.

27 mars. Le malade est agité; il répond mal aux questions et s'impatiente un peu de ne pas pouvoir répondre. Le faciès est un peu égaré. Les yeux sont excavés; la diarrhée est abondante; la peau est sèche et chaude; les bruits du cœur sont tumultueux et reprennent un peu le caractère métallique à la pointe. Le souffle diastolique persiste avec la même intensité au niveau de l'orifice aortique. Le pouls n'est plus dicrote; il est sec et bondissant.

28 mars. Même état. T. 40°.

30 mars. On sent toujours, au niveau de la pointe, un frémissement cataire. L'impulsion cardiaque est un peu plus modérée. Le bruit de souffle de la base persiste avec son caractère aspiratif. Le pouls est petit, sec, régulier. Les extrémités et la face sont un peu cyanosées. Pas d'œdème des membres. T. 40°,2.

31 mars. Le malade est toujours abattu et répond mal aux questions qu'on lui pose. T. 39°,6.

1^{er} avril. Le bruit de la base est moins fort; les battements ont le caractère métallique à la pointe. T. 39°,6.

3 avril. Le souffle de la base est plus accentué que jamais, avec ses caractères. L'abattement est toujours considérable. Même faciès. T. 39°,6.

5 avril. Même état. Le malade reste toujours sans parler autrement que par monosyllabes. Il meurt subitement le 6.

AUTOPSIE.—A l'ouverture du thorax, on trouve quelques adhérences pleurales. Les poumons présentent à la coupe l'aspect charnu, mais ils sont perméables à l'air, sauf dans quelques points disséminés du poumon droit où le doigt pénètre dans le parenchyme en le déchirant,

Cœur. Il est gros et pèse 490 grammes; l'eau versée dans l'aorte s'écoule par le ventricule; les nodules des valvules aortiques n'existent plus; le bord libre de celles-ci est transformé en un bourrelet dur qui empêche leur accolement. Au moment où le liquide versé dans l'aorte s'écoule, on voit qu'il subsiste entre les valvules un espace triangulaire qui rend l'orifice insuffisant et explique le souffle aspiratif de la base. Il s'agit là de lésions anciennes d'endocardite. Le ventricule gauche est augmenté de capacité et de volume. Les parois sont épaissies. Au-dessous des valvules aortiques, l'endocarde est blanc, épaissi par des plaques dures, saillantes, rugueuses. La valvule mitrale est recouverte, sur sa face ventriculaire, par des végétations peu saillantes, granuleuses, nombreuses surtout du côté du bord libre. Sur la face auriculaire de la valve droite de la mitrale, on trouve un champignon fongueux, gros comme une petite noix, et rétrécissant singulièrement l'orifice. Les cordages tendineux de la valvule sont rétractés, épaissis, mais l'accolement des deux valves peut encore avoir lieu. De la valve gauche de la mitrale part un nodule ostéo-fibreux saillant sous l'endocarde valvulaire, et qui, traversant la paroi du ventricule, vient faire saillie sous le péricarde viscéral. Pas de lésions du cœur droit.

Reins. Ils sont le siège d'infarctus en voie de suppu-

ration. *Rate*. Elle est très volumineuse (500 gr.) et a contracté des adhérences avec les organes voisins. Elle est le siège d'une vaste cavité purulente remplie par une bouillie couleur chocolat. Dans la partie non ramollie de l'organe, on trouve de nombreux infarctus visibles à travers l'enveloppe fibreuse de l'organe. *Foie*. Normal. Pas d'infarctus.

Intestin. La muqueuse du gros intestin est le siège d'une congestion assez vive. Il existe des plaques rouges disséminées, sans ordre et sans ulcération de la muqueuse. La muqueuse de l'intestin grêle, congestionnée, présente de fines arborisations vasculaires.

Cerveau. Extérieurement, les méninges ne présentent rien de particulier. Elles s'enlèvent facilement sur toute la surface externe de l'hémisphère gauche, sauf dans une région située en avant de la frontale ascendante et occupant à peu près la partie postérieure des trois circonvolutions frontales (1/3 postérieur). A ce niveau, la pulpe cérébrale, ramollie, rosée, s'enlève avec les méninges. Ce foyer de ramollissement contourne le bord supérieur de l'hémisphère, passe obliquement sur la circonvolution d'enceinte et vient se terminer en avant de l'extrémité antérieure de la circonvolution du corps calleux. Pas de lésions sur la frontale ascendante, ni sur la pariétale ascendante. Nous n'avons pas pu trouver l'artère, oblitérée probablement par une embolie cardiaque. Rien à l'hémisphère droit, au bulbe, ni au cervelet.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante : 1° Par les difficultés du diagnostic au début; 2° Par les lésions cérébrales qui, quoique étendues, n'ont pas provoqué de troubles moteurs durables, la zone dite motrice n'étant pas intéressée; 3° Parce qu'elle est une confirmation de plus pour la localisation de la faculté du langage dans la partie postérieure de la 3° circonvolution frontale gauche.

26. M. R. MOUTARD-MARTIN montre le *cerveau* d'un homme mort dans son service, sur lequel il existe quatre *circonvolutions frontales* horizontales.

M. G. BALLET fait observer que cette anomalie n'est pas absolument rare, mais il n'en est pas moins curieux qu'elle ait été rencontrée d'une façon à peu près constante sur le *cerveau* de criminels, incarcérés à la prison de la Santé,

dont les hémisphères ont été recueillis par M. Hanot et figurent en ce moment au Musée de la Salpêtrière.

27. Kyste de l'ovaire à pédicule tordu; par HACHE, interne des hôpitaux.

Une femme de 43 ans, d'une bonne santé habituelle, est prise brusquement de symptômes de péritonite aiguë; le médecin qu'elle fait appeler constate en même temps dans l'abdomen une tumeur du volume d'une tête d'adulte, et diagnostique un kyste de l'ovaire dont l'inflammation a déterminé la péritonite. M. Duplay, qui voit la malade un mois après, confirme ce diagnostic et fait une ponction qui donne du liquide sanguinolent, il constate de plus l'existence d'adhérences étendues.

Le 3 avril, la malade subit l'ovariotomie et on trouve des adhérences nombreuses récentes et très vasculaires qui unissaient le kyste à la paroi abdominale antérieure et à l'épiploon. En outre, on s'aperçoit, en liant le pédicule, qu'il présente des bosselures et des dépressions. Le pédicule fut réduit après ligature en masse et la malade est aujourd'hui guérie.

En examinant le kyste, on constate, à la surface, la trace de ses nombreuses adhérences et de la vascularité. Le pédicule, d'une longueur de 2 décimètres, présente deux tours de spire; comme la portion du pédicule laissée dans l'abdomen était également tordue, on voit que ce kyste s'était tordu 2 ou 3 fois sur lui-même. Cette torsion avait été le point de départ de l'inflammation péritonéale; il n'est pas rare de voir la torsion du pédicule des kystes ovariens déterminer le sphacèle de la tumeur.

28. Hernie inguinale étranglée réduite en masse; par HACHE, interne des hôpitaux.

Scossa Jean, garçon de cuisine, âgé de 30 ans, porteur depuis dix ans d'une hernie inguinale gauche complètement réductible qu'il maintenait avec un bandage, entre le 20 avril, salle Saint Ferdinand, n° 16, dans le service de M. DUPLAY, alors remplacé par M. FÉLIZET.

Le 17, à 3 heures, sa hernie était sortie sous son bandage, cassé depuis quelques jours, sans qu'il fasse le moindre effort: il éprouva aussitôt une douleur vive dans l'aîne gauche, entra aussitôt dans une pissotière et réduisit lui-même sa hernie. Depuis ce moment, il n'a cessé

d'éprouver des coliques vives dans tout le ventre, mais surtout à gauche, et il vomit tout ce qu'il boit. Son premier vomissement est survenu quelques minutes après la réduction de sa tumeur. Soixante heures après le début des accidents, il vient, à pied, à l'hôpital; on le trouve alors avec le faciès péritonéal, la peau froide, le pouls fréquent et une sensibilité extrême du ventre étendue à tout l'abdomen, quoique plus prononcée à gauche. La soif est vive, la bouche desséchée, et chaque gorgée de liquide détermine des vomissements bilieux; enfin, le malade n'a pas eu de selles depuis 48 heures, mais affirme rendre des gaz par l'anus. Un chirurgien du Bureau central, appelé d'urgence, ne croit pas devoir opérer, pensant à une péritonite par perforation, on se borne à ordonner au malade huit centigrammes d'extrait thébalaïque et des boissons glacées.

Dès le lendemain et pendant les trois jours que le malade a passés dans le service, les symptômes locaux et généraux se sont amendés au point de faire penser seulement à une poussée de péritonite localisée, les vomissements ont diminué de fréquence et sont restés bilieux, le malade a continué à rendre des gaz et la température est restée à peu près normale, au point que le pronostic paraissait favorable quand, le 22, dans la nuit, le malade est mort presque subitement.

AUTOPSIE. — On trouve, sans aucune autre lésion viscérale, une péritonite généralisée au début, sans fausses membranes, le bout supérieur de l'intestin grêle très distendu par un liquide fécaloïde, le bout inférieur et le gros intestin très rétractés et complètement vides. A un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouvait une anse complète d'intestin logée dans un sac du volume d'une grosse pomme; le sac et la hernie avaient été réduits en masse et étaient logés derrière la paroi abdominale, immédiatement appliqués sur l'orifice supérieur du canal inguinal. Le sac contenait une ou deux cuillerées d'un liquide sanguinolent; l'intestin lui adhérait partout par de fausses membranes récentes; l'étranglement, évidemment dû au collet très résistant du sac, n'était pas très serré; l'intestin ne présentait nulle part de lésion grosse, et il a été facile d'y faire passer de l'eau et de l'air par le bout inférieur; l'eau et l'air ainsi introduits dans l'anse herniée passaient très facilement dans le bout supérieur.

M. HOUEL observe que les faits de cette nature démontrent le danger de la kélotomie sans ouverture du sac, préconisée par quelques auteurs.

29. M. DÉJÉRINE montre des pièces sur lesquelles on voit une lésion intéressante des capillaires cérébraux. Il s'agit d'anévrysmes miliaires développés sur le trajet desdits vaisseaux. Les anévrysmes avaient été bien décrits sur les artères par MM. Charcot et Bouchard. Ils n'avaient pas été encore signalés sur les capillaires.

30. M. WEIL montre une tumeur du nez récemment enlevée. Il s'agit d'un cas d'acné hypertrophique.

31. Hémorrhagie cérébrale sous l'insula gauche. — Aphasie, paralysie de la face et du membre inférieur à droite. — Ectopie testiculaire double. — Sarcome du testicule et du rein gauches ; par Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé Bineau Henri, charron, âgé de 49 ans, entre le 5 avril 1881 dans la salle Saint-Charles, lit n° 39, service de M. PROUST, à Lariboisière.

Au moment de son entrée, cet homme est manifestement en état post-apoplectique : on constate une paralysie faciale très prononcée du côté droit, de la paralysie du membre supérieur du même côté et de l'aphasie.

On a peu de renseignements sur son histoire. On sait seulement que, bien portant habituellement, il avait depuis quelque temps des vertiges et des étourdissements. A deux reprises même, il serait tombé sans perdre connaissance complètement et sans présenter de paralysie après la chute.

La veille, au matin, on l'a trouvé dans son lit à peu près exactement dans l'état où il se trouve encore actuellement. La paralysie de la face est très prononcée. Il y a vers la gauche une déviation très marquée. Du côté gauche, la face est immobile, inerte. Les sillons sont effacés. La bouche est abaissée de ce côté. La joue se gonfle passivement sous l'influence de la respiration. La langue, que le malade tire facilement lorsqu'on le lui demande, est fortement déviée à droite.

Le membre supérieur droit est moins fortement atteint que la face. Il y a un degré marqué de parésie, mais les mouvements sont possibles, quoique difficiles et limités. Le malade peut encore remuer les doigts, il peut soulever son bras au-dessus du plan du lit.

Le membre inférieur est beaucoup plus libre. La diminution de la force est à peine sensible : la force y est à peu près aussi grande que dans le membre inférieur gauche. Il existe donc une disproportion très évidente entre l'état de

la face, du membre supérieur et du membre inférieur. Complète à la face, et, pour ainsi dire au maximum, la paralysie est incomplète au membre supérieur et à peu près nulle au membre inférieur.

Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. Lorsqu'on cherche à faire parler le malade, il répond par un bredouillement absolument incompréhensible. Toutefois, il semble comprendre assez bien ce qu'on lui dit, et il répond avec exactitude par gestes, oui ou non aux questions qu'on lui pose sur son âge, sa profession, les circonstances de son attaque. Cette particularité est très remarquable chez un homme frappé tout récemment d'apoplexie et chez lequel l'aphasie est aussi complète.

Rien au cœur. Les artères sont rigides, athéromateuses.

Il existe dans le ventre une tumeur dure, régulière, du volume de la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur se déplace facilement, roule sous la main, et présente assez bien, sauf son volume considérable, les caractères attribués au rein flottant. Il est à remarquer qu'elle reste cantonnée dans la partie inférieure de l'abdomen, vers la gauche de la ligne médiane.

D'après les renseignements fournis par la famille, elle existerait depuis très longtemps, depuis 12 ou 15 ans déjà. Il est impossible de savoir au juste quelle a été sa marche et la rapidité de son développement.

Le lendemain, on constate de la dyspnée, de la matité à droite, des râles sous-crépitaux dans tout ce même côté de la poitrine, et le malade meurt le surlendemain, asphyxié et cyanosé.

AUTOPSIE, faite 24 heures après la mort. — La pie-mère est rouge, épaissie, sans adhérence à la substance cérébrale sous-jacente. Les artères de la base du crâne sont très athéromateuses. On trouve sur leurs parois des plaques et des anneaux blanchâtres, opalins, résistants. Pas de caillots dans leur intérieur.

Indépendamment de cet épaississement de la pie-mère et de l'athérome artériel, le cerveau paraît sain extérieurement. Il y a cependant un certain aplatissement et une certaine mollesse de l'hémisphère gauche.

Une coupe passant par les éminences mamillaires fait voir un foyer d'hémorragie cérébrale siégeant immédiatement sous l'insula gauche, qui se trouve décollée dans toute son étendue. Le foyer occupe toute la hauteur du lobule. La capsule externe, déchiquetée à sa face interne, est refoulée en dedans. La capsule interne se reconnaît facile-

ment ainsi que les noyaux opto-striés. Le sang épanché est semi-liquide et présente la consistance et l'aspect de la gelée de groseille. Au pourtour du foyer, la substance cérébrale est infiltrée, colorée en jaune ocre sur une zone d'un centimètre de large. Dans la substance blanche, au pourtour, on trouve un piqueté rouge très marqué, correspondant sans doute à de petits anévrysmes miliaires. Le foyer hémorrhagique, ainsi situé sous l'insula, la déborde en avant et en arrière de deux à trois centimètres.

La tumeur du ventre est lisse, arrondie, ovalaire, surmontée en haut d'une sorte de crête un peu rugueuse. Sa forme rappelle absolument celle d'un testicule très hypertrophié, (elle pèse 460 grammes), et, en effet, les bourses sont vides, et ne renferment pas de testicule. Il est donc probable qu'on se trouve en présence d'un testicule en ectopie abdominale et en dégénérescence néoplasique. On trouve, à l'une des extrémités de la crête qui surmonte la tumeur, l'origine du canal déférent, accompagné de veines sous volumineuses, mais légèrement variqueuses. On trouve également les artères spermatiques.

Le testicule est enveloppé par le péritoine, et, à sa partie supérieure, il existe une sorte de court mésentère, dans lequel se trouvent les veines, l'artère spermatique et le canal déférent. L'épididyme est à peu près hypertrophié dans les mêmes proportions que le testicule. Sa forme et sa situation sont facilement reconnaissables.

Le testicule du côté droit est trouvé à l'entrée du canal inguinal correspondant. Il est resté en arrière des piliers de ce canal. A vrai dire, le trajet inguinal n'existe pas : on trouve seulement entre les piliers une légère dépression, comblée par du tissu cellulaire qui communique avec le tissu cellulaire que l'on trouve dans l'épaisseur du repli cutané qui constitue le scrotum. En arrière des piliers, et un peu en dehors, il existe, au-dessus de l'arcade inguinale, une dépression légère, qui loge en partie le testicule.

Ce testicule est très petit ; il présente à peu près le volume du testicule d'un enfant de deux ans, il est mou, flasque. Il est encapuchonné par le péritoine, qui forme pour le contenir une dépression en doigt de gant enfoncée dans la légère excavation qui représente l'ouverture postérieure du canal inguinal. Il existe, à sa partie inférieure, un tractus cellulo-fibreux qui se dirige vers l'espace compris entre les piliers du grand oblique : il semble que ce soit la trace du gubernaculum testis. Or, sa partie supérieure, l'épididyme, le conduit déférent, et les vaisseaux présentent leurs rapports normaux. Ils s'écartent bientôt pour suivre sous

le péritoine leurs directions respectives : le colon n'existe pour ainsi dire pas. Le conduit déférent présente à peu près le diamètre d'une plume de poule. On fait suinter sur sa coupe un liquide jaunâtre dans lequel, au microscope, on trouve des cellules granuleuses et des granulations libres, mais pas de spermatozoïdes.

A la coupe, sur le testicule droit hypertrophié, on reconnaît facilement la tunique albuginée épaissie et résistante. Le restant du testicule, de couleur blanc jaunâtre, présente l'aspect classique des tumeurs dites encéphaloïdes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles, réunies par des brides pseudo-membraneuses de façon à ne faire qu'un seul paquet. Quelques adhérences s'étendent des anses voisines à la partie postérieure de la tumeur testiculaire.

Le rein gauche est réduit à l'état d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, arrondie et lobulée. A la coupe, il offre également l'aspect encéphaloïde, avec une résistance plus considérable toutefois que celle que présente la tumeur testiculaire. La masse rénale est englobée par une capsule épaisse et une coque fibreuse adhérente au pourtour. On ne trouve rien à l'œil nu qui rappelle, sur la coupe, l'aspect normal du rein.

Le rein gauche est volumineux. Il pèse 275 grammes. Au centre, les vaisseaux qui pénètrent par le hile et le bassinet sont entourés par une couche épaisse de graisse. La capsule est adhérente à la substance corticale. Elle ne s'enlève qu'en déchirant de petits tractus fibreux. Le tissu est assez résistant au couteau. La coupe est à la fois congestionnée et lardacée. Les stries vasculaires sont très marquées au niveau de la base des pyramides et dans la substance corticale, suivant la direction des vaisseaux radiés. Les artères sont saillantes sur la coupe, béantes et rigides. Il existe dans la substance corticale quelques petits kystes très petits, gros comme des têtes d'épingle. La substance corticale est mince, elle ne dépasse guère un demi-centimètre d'épaisseur, elle est parsemée de petits points brillants, saillants en apparence. A certains endroits, on trouve sur la coupe des mouchetures blanchâtres, non saillantes, disséminées ; à leur niveau, la structure du rein ne se voit plus.

La rate est très petite : elle est renfermée dans une capsule blanchâtre, épaisse d'un demi-centimètre, de consistance presque cartilagineuse, et très résistante. Elle est accolée à l'estomac, un peu en avant du grand cul-de-sac. A la coupe, on trouve la substance splénique parcourue par des trames fibreuses épaisses.

Le foie est de volume moyen; il présente à la coupe l'aspect du foie muscade. Le long de l'insertion du mésentère, on trouve tout un chapelet de ganglions noirs, durs, gros comme des noisettes.

Le cœur est assez volumineux. Sur la crosse de l'aorte, on trouve des plaques athéromateuses, mamelonnées. Quelques taches également athéromateuses sur la grande valve de la mitrale. Les valvules sigmoïdes sont saines. Les grosses artères sont athéromateuses, elles sont rigides et des plaques jaunâtres, plus ou moins inégales, soulèvent de loin en loin leur tunique interne.

L'examen histologique a fait voir que la tumeur testiculaire et la tumeur rénale étaient constituées par du sarcome globo-cellulaire. On trouve une grande quantité de cellules arrondies, embryonnaires, disséminées dans des mailles de tissu conjonctif. Il est difficile de savoir si ces trames conjonctives sont de néo-formations ou si elles ont été fournies par l'organe dégénéré. Un fait en faveur de cette dernière hypothèse, c'est que, où et là, ces trames sont parcourues par des vaisseaux, artérioles ou veinules, qui ne sont pas certainement de production récente.

Dans le rein gauche, il m'a été impossible de découvrir, sur les coupes que j'ai examinées, quoi que ce soit qui rappellât la structure normale de l'organe.

L'examen du rein droit présentait un certain intérêt. D'une façon générale, le tissu conjonctif y est très-développé. Les tubes urinifères sont séparés les uns des autres par des travées conjonctives, beaucoup plus apparentes que normalement. Par endroits, assez irrégulièrement répartis, par plaques, pour ainsi dire, cette hyperplasie conjonctive devient beaucoup plus marquée. Les travées sont épaisses, à mailles serrées, et véritablement fibreuses. Les éléments propres du rein compris dans ces mailles sont très-modifiés. Les cellules épithéliales des tubulis sont indistinctes, granuleuses, elles remplissent complètement de leurs débris la cavité des tubes.

Sur d'autres points, les tubes, ou plutôt les espaces compris entre les travées cirrhotiques, sont remplis par des cylindres colloïdes, jaunâtres. Un peu partout, les glomérules de Malpighi sont petits, atrophiés, compactes; mais, ces particularités sont surtout marquées au niveau des plaques et de la cirrhose. Beaucoup de ces glomérules ont certainement disparu. Beaucoup d'autres paraissent soudés à la capsule et confondus avec la masse environnante. Ailleurs encore, les lésions sont moins avancées et les capsules de Bowmann sont seulement très-épaissies, entourées par une

zone plus ou moins régulière de tissu fibreux. Dans bon nombre de tubes, entourés de fibres cirrhotiques, l'épithélium est petit, aplati, pavimenteux, avec un noyau fortement coloré par le carmin.

Au milieu de beaucoup de tractus fibreux, on trouve un assez grand nombre de petites cellules arrondies, embryonnaires, et souvent ces cellules se trouvent disposées en longues trainées assez régulièrement disposées.

Beaucoup d'artérioles sont entourées d'une zone de périartérite. Leur tunique externe est également épaissie, en voie de prolifération : il y a de l'endartérite oblitérante.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs points méritent d'être relevés dans cette observation. La localisation de l'hémorrhagie cérébrale est assez particulière. Bien qu'elle se soit produite, comme d'habitude, en dehors de la capsule externe, en décollant l'avant-mur, le foyer hémorrhagique siège beaucoup plus en avant que dans la généralité des cas, et le lobule de l'insula se trouve en quelque sorte décollé par sa face profonde, et coupé de ses relations avec les masses centrales. Les circonvolutions voisines sont également séparées des noyaux opto-striés et des capsules interne et externe par toute l'épaisseur du foyer hémorrhagique. Il en résulte que les fibres nerveuses venues du faisceau pyramidal et destinées à ces circonvolutions sont déchirées, interrompues. Il est facile même, étant donnée la situation de l'hémorrhagie, de s'expliquer certaines particularités de répartition de la paralysie. Cette paralysie était complète à la face, incomplète au membre supérieur, à peu près nulle au membre inférieur. Il est facile de voir que, d'après la disposition du foyer hémorrhagique, ce sont surtout les fibres qui se rendent à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes qui ont été détruites. Les fibres qui se rendent à la partie supérieure de ces mêmes circonvolutions ont pu être respectées et continuer leur trajet en dedans du foyer d'hémorrhagie. Or, on sait que les centres moteurs sont ainsi répartis, de bas en haut, sur les circonvolutions ascendantes : centre moteur de la face, du membre supérieur, puis, tout à fait en haut, du membre inférieur. Les fibres nerveuses les plus directement atteintes ont donc été celles qui aboutissent au centre moteur de la face. Les fibres destinées au centre du

moteur du membre inférieur ont été moins directement frappées ou seulement détruites en partie, et les fibres du centre du membre supérieur ont été épargnées ; elles n'ont subi ni destruction ni compression.

La localisation a pu avoir lieu de cette façon sans que les circonvolutions soient lésées. C'est une localisation par insertion des fibres nerveuses.

La même chose s'est produite sans doute pour la troisième frontale. Cette circonvolution est demeurée intacte, mais, les communications avec l'extérieur par l'intermédiaire du faisceau pyramidal ont été interrompues. C'est sans doute par ce mécanisme que doit s'expliquer la production de l'aphasie dans les cas où l'on a constaté des lésions destructives au voisinage de l'insula. Une chose nous a frappé dans le fait que nous venons de rapporter : la facilité avec laquelle le malade, au lendemain de l'ictus apoplectique, comprenait les questions qu'on lui adressait, alors qu'il n'avait conservé aucun mot à son service. Cette conservation de l'intelligence, dans ces conditions, est due peut-être à ce que la troisième circonvolution était intacte, à ce que son fonctionnement était simplement empêché par la destruction des voies qui la font communiquer avec l'extérieur. Cette hypothèse mériterait, pensons-nous, d'être vérifiée dans des cas semblables. Du reste, la production de l'aphasie par une hémorragie cérébrale est intéressante par elle-même, et les exemples en sont encore rares.

La *tumeur abdominale* était constituée par le testicule droit en dégénérescence sarcomateuse. Il n'est pas très rare que les testicules ainsi retenus dans l'abdomen subissent une dégénérescence de cet ordre. Le fait est bien connu ; il aurait suffi de constater l'absence des testicules dans les bourses pour faire le diagnostic.

Il est probable que c'est grâce à sa nature sarcomateuse que cette tumeur a duré aussi longtemps sans amener d'accident grave, sans déterminer d'engorgement ganglionnaire plus marqué, sans se généraliser.

Il existait, il est vrai, un sarcome du *rein gauche*, et il semble que cet organe ait été complètement détruit par le néoplasme, sans qu'il soit resté trace de sa structure antérieure,

Le *rein droit*, seul capable de fonctionner, était manifeste-

tement hypertrophié; mais il présentait des lésions évidentes de néphrite interstitielle sénile. Cette cirrhose sénile est caractérisée par l'abondance du tissu conjonctif dans tout l'étendue du rein.

En dehors de cette cirrhose généralisée, il y avait des plaques beaucoup plus cirrhotiques encore, des trames fibreuses beaucoup plus épaisses, une destruction ou une transformation avancée des éléments propres du rein, tubes et glomérules. Il y avait surtout une abondance plus qu'ordinaire d'éléments jeunes, de cellules embryonnaires. Sont-ce là des points où débute le sarcome? La preuve n'en peut guère être donnée. Sont-ce là tout simplement des foyers plus actifs de cirrhose rénale?

Chose remarquable, le cœur n'était pas hypertrophié; et, cependant, c'étaient là des conditions éminemment favorables pour produire l'hypertrophie compensatrice, si les théories mécaniques sont vraies, puisqu'il n'existait qu'un seul rein, et un rein cirrhotique.

Relevons encore cette coïncidence, bien des fois constatée, de l'hémorrhagie cérébrale et de la néphrite interstitielle. Enfin, la rate présentait un ensemble remarquable d'atrophie d'origine capsulaire. C'est le type de l'atrophie décrite dans la thèse de Poulin : une rate très petite, enfermée et comme étranglée dans une coque très épaisse et très dure.

32. Albuminurie aiguë avec hématurie.—Mort par urémie;
par Adhémar ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé B... René, âgé de 16 ans, employé, est entré à la Maison municipale de Santé le 3 avril 1881, dans le service de M. LÉCORCHÉ. Il porte dans la région sus-hyoïdienne des traces de nombreux abcès scrofuleux, quelques-uns d'entre eux ne sont pas encore complètement cicatrisés et sont recouverts de croûtes.

Ni depuis le début de la maladie, ni pendant les semaines qui l'ont précédé, le malade n'a eu de la fièvre avec angine et rougeurs à la peau. Nulle part, il n'offre des traces de desquamation. Par conséquent, il n'a pas eu de scarlatine.

Depuis huit jours seulement, le malade éprouve du malaise avec diminution de l'appétit et des forces, et douleurs sourdes à la région lombaire. Ces symptômes, d'abord légers, se sont aggravés progressivement, et, le 1^{er} avril, au

soir, le malade a été obligé de prendre le lit en revenant de son travail. Depuis ce moment, il a de la fièvre avec inappétence, soif, céphalalgie frontale violente et vomissements fréquents.

A l'entrée, outre les phénomènes précédents, le malade présente un abattement considérable des forces. Il répond difficilement aux questions. Sa vue est intacte; ses oreilles bourdonnent. Il a des nausées presque continuelles et vomit fréquemment. Sa respiration est fréquente et difficile. A l'auscultation, on trouve des râles sous-crépitaux fins, peu nombreux, disséminés dans toute l'étendue de sa poitrine. Il offre une anasarque généralisée. Mais, sa peau a conservé un teint rosé et n'est pas pâle comme dans les néphrites chroniques. Sa langue est large, humide et recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais. Son pharynx est normal.

Les vomissements sont formés d'un liquide jaune citrin contenant quelques débris d'aliments.

L'urine offre la couleur n° 8 de l'échelle de Neubauer et Vogel. Elle donne un précipité abondant d'albumine. Le microscope permet d'y reconnaître des globules rouges du sang. L'examen complet n'a pu en être fait, parce que, malgré nos recommandations, le malade a mélangé les vomissements avec son urine S. T. 40°. Traitement : régime lacté. Purgatifs.

4 avril. Même état. M. T. 39°,4. A 7 h. du soir, l'état du malade s'aggrave tout à coup. Ayant été appelé, je le trouve en proie à une dyspnée extrêmement vive. Il est assis sur son lit, les bras arc-boutés en avant. La figure est très bouffie, cyanosée. Il a complètement perdu connaissance. Même en l'excitant très vivement, je ne puis obtenir de réponse. A l'auscultation, sa poitrine offre de très nombreux râles sous-crépitaux. Je lui fais une saignée de 400 grammes, pendant laquelle il reprend peu à peu connaissance.

Cette amélioration a été de courte durée. Bientôt la dyspnée est redevenue aussi violente et le malade a succombé le 5 avril, à 5 h. du matin.

AUTOPSIE, le 6 avril. — Les reins sont volumineux et pèsent 390 gr. Ils sont très congestionnés tant à la surface que sur une coupe, et la congestion est uniformément répandue sur les deux substances. La capsule se décolle facilement, sans entraîner des portions de la substance corticale. Les poumons sont le siège d'un œdème généralisé très intense. Leur couleur est gris blanchâtre. Sur une coupe,

ils laissent écouler une sérosité gris rougeâtre, spumeuse, très abondante. Pas de traces de tuberculose. Le cœur est volumineux. Toutes ses cavités paraissent dilatées. Autres organes sains.

33. M. GIBIER (de Savigny) montre une *tumeur* de la région *lombaire*. C'est un volumineux lipôme, opéré par M. Desprès.

Le Secrétaire,

G. BALLET.

MAI.

Séance du 6 mai 1881.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

**1. Hémorrhagie cérébrale. — Pleurésie purulente; par
MM. JUHEL-RENOY et REVILLIOD, internes des hôpitaux.**

Il s'agit d'un homme de 43 ans, couché au n° 8 de la salle Saint-Vincent, service du D^r FERNET, à Lariboisière.

Cet homme nous fut apporté le 8 mars, dans le coma le plus profond, dans une résolution complète, de sorte que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur ses antécédents. Il sort de cet état au bout de 7 jours et présente alors une hémiplégie droite et une aphasie complètes. Au moment de son entrée, notre malade est donc en résolution. Il présente une déviation conjuguée des yeux à gauche, rotation de la tête du même côté; il regarde sa lésion et nous pensons alors avoir affaire à un foyer gauche.

9 mars. Le côté droit est sensiblement plus flasque : hémiplégie droite avec aphasie probable.

11, 12, 13 mars. Le diagnostic se confirme, le malade, quoique encore très abattu, recouvre partiellement sa connaissance.

15 mars. L'aphasie est des plus nettes, le malade exprime par sa mimique qu'il comprend les questions qu'on lui adresse. Il s'efforce même d'y répondre et remue les lèvres, mais ne peut prononcer aucune parole; on ne saisit qu'un murmure parfaitement inintelligible. En auscultant alors le cœur, on peut entendre un léger souffle à gauche du sternum, au-devant de l'artère pulmonaire.

Les jours suivants, le malade est toujours dans le même état : hémiplégie flaccide complète, l'aphasie reste sans changement. Cet état se prolonge pendant 3 ou 4 semaines.

14 avril. A la visite du matin, on remarque qu'il est en proie à une dyspnée intense. On examine alors son thorax,

et on s'aperçoit qu'il est mat en avant et à gauche jusque sous la clavicule, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate; au-dessus de la matité, la percussion rend un son tympanique. A l'auscultation, on entend un souffle pleurétique. Le thermomètre s'élève à 39 degrés. On diagnostique une pleurésie survenue d'une façon silencieuse. Eu égard à la dyspnée et à la grandeur de l'épanchement, on pratique la thoracentèse. Le trocart n'amène aucun liquide; mais, à peine l'a-t-on retiré, qu'il s'écoule de la ponction un jet de pus d'environ 100 grammes.

18 avril. La plaie est cicatrisée, l'œdème de la paroi se prononce, la matité est considérable. On fait une nouvelle ponction qui donne issue à 250 gr. environ d'un liquide franchement purulent.

25 avril. Apparaît à l'angle de la mâchoire et dans toute la région avoisinante un œdème qui, au bout de 4 ou 5 jours, fait place à une fluctuation manifeste. On pratique une incision, puis on introduit un drain dans la plaie. A partir de ce moment, apparaît de l'œdème des extrémités. On a beaucoup de peine à alimenter le malade, la cachexie fait des progrès, et il meurt le 29 avril.

AUTOPSIE. — On trouve dans la plèvre gauche un vaste épanchement purulent non cloisonné; dans la droite un petit épanchement séreux. Dans le péricarde, léger épanchement trouble et des fausses membranes. Le cœur gauche est hypertrophié, sans lésions valvulaires, quelques petites plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte. Foie normal, reins petits, séniles.

A l'extérieur, le cerveau ne présente pas d'altération, aucun changement appréciable, pas de fluctuation. La 3^e circonvolution frontale gauche, celle de l'insula ne sont nullement ramollies. Sur une coupe passant par le pied de la circonvolution de Broca, on tombe sur un vaste foyer hémorragique de la grosseur d'un œuf. L'hémorragie siège dans le centre ovale. La 3^e circonvolution, celle de l'insula sont dilacérées et le caillot déjà ancien adhère aux parois qui sont colorées en jaune ocre. Nous n'avons pu découvrir le vaisseau ayant donné lieu à l'hémorragie et nous n'avons trouvé aucun anévrysme miliaire.

2. Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. — Mort par étranglement dû à un diverticule de l'intestin grêle; par T. TUFFIER et A. RICARD, internes des hôpitaux.

Le nommé R..., âgé de 19 ans, est apporté dans la nuit

du 10 au 11 avril, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. ANGER, salle Saint-Jacques, lit n° 13. Ce jeune homme venait de se tirer un coup de revolver dans la région précordiale.

A son entrée, on constate : une plaie circulaire, de 1 cent. de diamètre environ, siégeant entre la 8^e et la 9^e côte gauche, à 5 cent. de la ligne médiane, en avant. En arrière, on retrouve au niveau de la onzième côte, la balle, qui est sous-cutanée. Aucune douleur n'est constatée sur le trajet des côtes. On occlut la plaie avec de la baudruche et du collodion. Dyspnée vive, hoquet; rien au cœur; légère sonorité à la percussion du côté gauche du thorax; la respiration y est faible, et, de ce côté, le diaphragme reste inerte.

11 avril. A la visite du matin, le malade nous apprend qu'il a vomi plusieurs fois pendant la nuit, et que ces vomissements renfermaient les aliments qu'il avait ingérés quatre heures avant sa blessure; l'état général est bon, la soif un peu vive, la température normale; dans la journée, les vomissements réapparaissent glaireux et verdâtres; l'abdomen est douloureux à la pression: un peu de ballonnement du ventre, le hoquet et la dyspnée persistent. Le malade qui, jusqu'alors, n'avait pas uriné, émet dans l'après-midi 500 gr. d'une urine fortement sanguinolente.

12 avril. Les vomissements ont cessé; l'abdomen est toujours douloureux à la pression. On continue comme traitement l'opium à la dose de 10 centigr.; la diète absolue, et la glace à l'intérieur.

13 avril. Douleur lombaire au niveau de la balle.

14 avril. Extraction de la balle; les tissus étaient sains autour du projectile et le trajet oblitéré. Les urines sont presque normales et à peine teintées de sang; constipation depuis l'accident. On provoque les selles à l'aide de lavements.

19 avril. L'incision nécessitée par l'extraction de la balle est cicatrisée, en avant, on enlève le pansement par occlusion de l'orifice d'entrée du projectile. Depuis le 14 avril, le malade s'alimente avec du bouillon et du lait; les urines sont absolument normales; les selles sont régulières.

21 avril. Dix jours après la blessure, le malade peut se lever pendant quelque temps.

24 avril. Dimanche, après la visite de ses parents, le malade est pris de vomissements et rejette tout ce qu'il avait pris depuis le matin. Il attribue son état à l'ingestion de plusieurs oranges.

25 avril. Le faciès est très altéré depuis la veille, le poulx est petit; T. normale, le hoquet a reparu, le ventre est un

peu ballonné et douloureux à la pression, les vomissements continuent malgré l'opium et la glace; T. 36°,8; pas de selles; aucune émission de gaz par l'anus.

26 avril. Persistance des symptômes, les anses de l'intestin se dessinent sur la paroi abdominale, la température tombe à 36°,2, les vomissements sont verdâtres, le faciès s'amaigrit de plus en plus. M. Anger diagnostique une occlusion intestinale, mais, vu l'état antérieur du malade (plaie de l'estomac et plaie du rein), il rejette toute idée d'intervention.

29 avril. Les vomissements persistent, jaunâtres sans être fécaloïdes; le faciès s'étire de plus en plus; les yeux sont excavés et ternes, la voix cassée, presque éteinte; T. 36°,2; le pouls à peine sensible.

30 avril. Le soir, le malade s'éteint avec un léger sub-délirium.

AUTOPSIE, le 3 mai. — L'orifice d'entrée de la balle est cicatrisé dans les parties profondes et n'admet pas un stylet de trousse. A l'ouverture de la cavité thoracique, on voit que des adhérences entre les deux feuillets pleuraux marquent le passage du projectile à la partie inférieure du sinus costo-diaphragmatique. Le poumon, le cœur, le péricarde étaient sains.

Dans la cavité abdominale, on constate, à l'ouverture, une péritonite généralisée avec issue de matières intestinales dans la cavité péritonéale, mais, ce qui frappe le plus, c'est la distension énorme de l'intestin grêle contrastant avec la vacuité et le petit volume du gros intestin. Si l'on poursuit les recherches, on trouve sur la paroi antérieure de l'estomac, à la partie moyenne de la grosse tubérosité, un orifice circulaire, comme creusé à l'emporte-pièce et dû au passage de la balle. Au point diamétralement opposé de la paroi postérieure, une partie amincie, bleuâtre, vascularisée, représente la cicatrice de l'orifice de sortie du projectile.

Enfin, en enlevant le rein de sa loge celluleuse, on trouve le bassinot perforé de part en part, le bord postérieur du hile du rein légèrement éraillé. En arrière, à ce niveau, existe une collection purulente communiquant avec le trajet ultérieur de la balle.

En étalant l'intestin, on trouve, à un mètre environ, la valvule iléo-cœcale, sur un point où finit la distension de l'intestin et où commence la vacuité du bout inférieur. Après avoir débarrassé cette région des fausses membranes qui la recouvrent, on constate qu'il existe un diverticule

de l'intestin grêle long de 12^{mm} et que ce diverticule enserré complètement le calibre de l'intestin.

RÉFLEXIONS.—En comparant les symptômes éprouvés par le malade et les lésions trouvées à l'autopsie, on est amené aux conclusions suivantes :

Dans une première période, les accidents dus au passage de la balle ont évolué rapidement vers la guérison. Dans une deuxième période, une occlusion intestinale fortuite s'étant surajoutée, a, par les vomissements qu'elle a suscités, déterminé la rupture de la cicatrice de la paroi antérieure de l'estomac, et, consécutivement, l'épanchement dans le péritoine de matières intestinales et une péritonite généralisée.

3. M. MOUTARD-MARTIN présente une *tumeur* d'apparence *fibreuse* adhérent au poumon par un mince pédicule. Le même sujet offrait un épanchement de plusieurs *veines* ressemblant à de l'*athérome*.

M. DOLÉRIS rappelle qu'il a présenté, en 1875, à la Société, un fait démonstratif d'*athérome* des *veines*.

4. Lipôme volumineux développé dans la gaine du droit antérieur de la cuisse; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un lipôme volumineux, pesant 2590 grammes, d'une forme assez régulièrement ovoïde, offrant sur la coupe un aspect homogène, sans trace de lobulation. Cette tumeur était développée sous le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de la cuisse gauche; elle était très adhérente à cette couche fibreuse, et les fibres des muscles étaient disséminées, étalées, sur sa face profonde. La femme qui la portait était âgée de 73 ans et elle la voyait grossir depuis 20 ans; elle avait plusieurs fois repoussé l'opération qui lui était offerte par divers chirurgiens; du reste, ce lipôme, qui se portait sur le côté externe de la cuisse, n'apportait pas une gêne considérable à la marche. Elle ne portait point d'autre tumeur de même nature.

Cette pièce vient à l'appui de l'opinion que M. Després soutenait dernièrement devant la Société, à savoir que les lipômes volumineux et uniques siègent rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais plutôt au-dessous de l'aponévrose.

Séance du 13 mai 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

5. Tuberculose pulmonaire aiguë à forme typhoïde et asphyxique, avec tuberculose rénale et pleurésie diaphragmatique; par P. L. LE GENDRE, interne provisoire.

Le nommé Bonal, âgé de 37 ans, imprimeur en papiers peints, entre le 9 mai dernier dans le service annexe de l'hôpital Cochin, dirigé par M. R. MOUTARD-MARTIN. Cet homme, qui habite Paris depuis son enfance, ne se souvient pas d'avoir jamais été sérieusement malade; son père est mort vieux et brusquement; sa mère assez jeune et poitrinaire; il a quatre enfants bien portants; il n'a jamais éprouvé de coliques de plomb, bien qu'un léger liséré saturnin puisse se voir sur ses gencives. Sa maladie a débuté par un rhume, il y a trois semaines environ, à la suite d'un refroidissement; mais depuis quinze jours, il éprouve une céphalalgie continue et de plus en plus intense qui le prive de sommeil et lui fait endurer de telles souffrances, qu'il emploie pour les décrire les termes les plus énergiques; ce sont, dit-il, des sifflements comme ceux du chemin de fer qui l'assourdissent, un bouillonnement atroce dans le cerveau. Il est d'ailleurs en proie à une vive agitation, sa figure est très rouge, ses conjonctives injectées: ses lèvres et sa langue d'une sécheresse absolue. D'abord constipé, il a depuis plusieurs jours une diarrhée ocreuse abondante; son ventre est modérément ballonné, peu sensible à la pression, il y a des gargouillements dans les fosses iliaques, pas une seule tache rosée lenticulaire. Au niveau du sacrum, la peau est d'une teinte rouge vif, par la pression du décubitus. Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée au niveau des parois thoraciques; la pression des masses musculaires des membres est un peu douloureuse. La percussion de la poitrine dénote une submatité uniforme, l'auscultation fait entendre un murmure respiratoire très rude, des ronchus et des sibilances disséminés un peu partout. Son expectoration peu abondante est séro-muqueuse, aérée, striée de quelques rares filets de sang, il n'a pas eu d'épistaxis, il a seulement mouché un peu de sang.

L'urine est albumineuse. Température 39°. Le diagnostic

reste hésitant entre une fièvre typhoïde et une tuberculose aiguë.

L'examen du malade avait été fait vers dix heures du matin ; jusqu'à midi, celui-ci resta dans le même état, très agité, essayant plusieurs fois de se lever de son lit pour aller aux cabinets, malgré la défense qui lui avait été faite. Vers une heure de l'après-midi, il accusa assez brusquement une angoisse précordiale considérable et une dyspnée progressivement croissante ; son visage, très rouge jusque-là, devint rapidement d'une pâleur livide ; ses lèvres et ses extrémités se cyanosèrent, ses téguments se couvrirent d'une sueur froide. Les battements du cœur étaient tumultueux, sourds et lointains, le pouls filiforme ; au milieu des efforts d'éruption et de hoquet, une salive spumeuse s'écoulait par la bouche. La mort eut lieu quatre heures environ après le début des accidents asphyxiques.

AUTOPSIE. — *Plèvre droite* épaissie et présentant en plusieurs points des adhérences des deux feuillets. *Plèvre gauche* contenant un peu de liquide séreux, libre d'adhérences dans toute son étendue, sauf au niveau du diaphragme. En ce point, les deux feuillets sont agglutinés par des fausses membranes récentes, molles et jaunâtres.

Les deux *poumons* sont infiltrés dans leur totalité par un semis de granulations grises très rapprochées, qui donnent à la coupe l'aspect d'un fin granit ; dans l'intervalle des granulations, le tissu pulmonaire présente une congestion intense. Au sommet du poumon droit, deux tubercules caséux de la grosseur d'un pois.

Intestin grêle. La muqueuse est congestionnée, mais sans ulcération ni infiltration des plaques de Peyer. Les *ganglions mésentériques* ne sont pas tuméfiés. La *rate* est de volume normal, de consistance ferme. Le *péritoine* ne présente en aucun point de granulations. Le *foie* est volumineux, gros. Le *cœur* est de volume normal, sans lésions d'orifices ni ulcérations de l'endocarde ; les cavités droites sont seulement dilatées par des caillots noirs et mous.

Les deux *reins*, de volume ordinaire, présentent sur leur surface externe de nombreuses granulations sous forme d'un semis de points d'un gris jaunâtre. A la coupe, un semis de granulations analogues apparaît, surtout dans la substance corticale et entre les pyramides. La muqueuse des *uretères* et celle de la *vessie* ne présentent pas de granulations.

Les *méninges*, congestionnées, surtout au niveau des lobes frontaux ne présentent pas de granulations tuberculeuses ;

le *cerveau* est ferme et ses coupes ne montrent rien d'anormal.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue anatomique, nous notons que, en dehors des poumons, les reins sont les seuls organes dans lesquels nous ayons trouvé des granulations tuberculeuses, bien que tous les viscères, les séreuses et les muqueuses aient été examinés avec soin.

Au point de vue clinique, les points qui nous paraissent surtout intéressants sont : la courte durée de la maladie (trois semaines environ), l'absence de tout antécédent personnel pouvant mettre sur la voie du diagnostic, la forme nettement typhoïde de l'évolution et la terminaison si rapidement asphyxique qui paraît avoir été hâtée par la pleurésie diaphragmatique.

6. M. RECLUS présente les *testicules* d'un sujet mort de *cachexie syphilitique*, et, à ce propos, il fait l'histoire du testicule syphilitique, d'après les faits déjà nombreux qu'il a observés par lui-même.

On peut dire qu'il n'y a jamais de tubercules du testicule sans que l'épididyme soit pris, il n'y a guère d'exceptions à cette règle; chez deux ou trois enfants seulement, on a trouvé des granulations grises, exclusivement dans le testicule. On a souvent opéré, en opposition avec la localisation primitive du tubercule dans l'épididyme, la localisation des lésions syphilitiques dans le testicule; cependant, M. Fournier a déjà montré que, dans un tiers des cas de testicules syphilitiques, l'épididyme était pris; pour M. Reclus, cette proportion est encore trop faible, et l'épididyme est atteint dans plus de la moitié des cas. Mais, on peut établir comme loi que toutes les fois qu'il y a altération syphilitique de l'épididyme, le testicule est atteint. En un mot, dans la tuberculose, les lésions sont surtout épididymaires; elles sont surtout testiculaires dans la syphilis. Un autre point important sur lequel insiste M. Reclus : sur 24 autopsies, il a toujours trouvé une fusion complète des deux feuillets de la vaginale; il n'y a donc pas d'hydrocèle, au moins à la période ultime, dans le testicule syphilitique, et M. Reclus estime que, dans la moitié des cas, il n'y en a à aucune période.

Les lésions syphilitiques du testicule se présentent sous

deux formes, la sclérose et la gomme, mais ces deux lésions ne paraissent guère se développer isolément, il n'y a jamais de gomme sans sclérose, et il n'y a peut-être jamais de sclérose sans gomme, on pourrait toujours trouver de petites gommes microscopiques, et, en général, on a affaire à un testicule *scléro-gommeux*, exceptionnellement au testicule *scléreux*. Dans les deux formes, il existe ordinairement de la péri-orchite et de la péri-épididymite; quelquefois, on observe une néoformation de tissu fibreux qui peut former une couche de 4 ou 5 millimètres d'épaisseur.

Le testicule syphilitique *scléro-gommeux* n'évolue pas toujours de la même façon; tantôt il marche directement à l'atrophie, par la résorption du tissu gommeux, qui s'entoure de tissu fibreux en lames concentriques et s'enkyste peu à peu; tantôt la gomme se ramollit et s'élimine. La gomme ramollie se différencie toujours du tubercule en ce qu'il y reste toujours des travées demi-transparentes qui conservent à la gomme une certaine résistance, et font que la substance qui s'élimine a une certaine analogie avec un bourbillon.

7. Lipôme de la boule graisseuse de Bichat; par A. CERNÉ,
interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une tumeur graisseuse, enlevée ce matin même par M. le professeur VERNEUIL à un homme de 35 ans. Elle était située au-dessous de la tubérosité maxillaire, au-dessus de la commissure buccale du côté gauche.

Elle a le volume d'une grosse noix; sa surface est lisse, nettement limitée comme si elle avait été enkystée, aussi, une petite incision a-t-elle permis de l'enucléer. D'un côté, elle est arrondie, c'est au point où elle était en contact avec la peau; de l'autre, elle présente une bifurcation en deux espèces de petites cornes, comme produites par un organe interposé, peut-être le bord antérieur du masséter.

Cette forme enkystée du lipôme est rare et ne se montre guère que lorsqu'il n'est que l'hypertrophie d'une masse graisseuse normalement existante. De plus, en l'enlevant, on a pu voir que la tumeur s'enfonçait obliquement en arrière et profondément, et que le point de départ était au siège de la boule graisseuse normale décrite par Bichat.

Presque tous les auteurs parlent de l'hypertrophie de cette masse comme se montrant parfois; aucun cependant n'en

rapporte d'exemple, et, si bien admis qu'il puisse être, le cas doit être rare, puisque M. Verneuil le rencontre pour la première fois.

8. Occlusion intestinale. — Anneau fibreux double, intéressant seulement la muqueuse, développé sans cause connue ; par A. MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., 63 ans, ancien soldat, entre le 3 mai 1881, salle Saint-Charles, n° 26, à Lariboisière, service de M. PROUST.

Le malade, grand, fort, autrefois très vigoureux, a été soldat pendant trente ans. Il a longtemps tenu garnison en Afrique. Jamais il n'a eu de dyssentérie, ni, du reste, de maladie sérieuse.

Il y a 6 ans, il est entré une première fois à l'hôpital pour des accidents semblables à ceux qui l'y ramènent aujourd'hui. A cette époque, il a été malade pendant une trentaine de jours. Au début, et pendant une période assez longue avant le début des accidents aigus, constipation opiniâtre, douleurs sourdes dans le ventre et surtout vers la fosse iliaque gauche. Au moment de l'entrée à l'hôpital, ventre ballonné, fièvre, vomissements, douleurs très vives, constipation persistante. Au bout d'une vingtaine de jours, il sort complètement guéri.

Quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, douleurs sourdes dans le ventre, difficulté assez grande, progressive, pour aller à la selle. Matières petites, dures, ovi-lées. Douleurs de plus en plus grandes, défécation de plus en plus pénible. Il prend sans succès des lavements et des vomitifs variés et répétés. Huit jours avant son entrée, il y a eu une sorte de débâcle à la suite du purgatif, depuis, pas de selles. Il a continué toutefois à émettre des gaz jusqu'à la veille de sa réception. Parfois, il suinte par l'anus, dit-il, un liquide sanieux.

Au moment de l'entrée, figure pâle, tirée, grippée; les yeux sont excavés, l'expression de la face douloureuse; langue sèche, demi-rôtie. Ventre tuméfié, ballonné. Tuméfaction plus marquée à gauche qu'à droite. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une résistance plus marquée sans qu'on constate là de tumeur, ni de tuméfaction bien limitée. On ne trouve pas non plus de tumeur, ni d'irrégularités, de bosselures dans l'abdomen. Le gonflement est également réparti. L'exploration est très douloureuse dans la fosse iliaque gauche, au niveau de l'empâtement et du soulèvement plus marqué que l'on constate à ce niveau. Pas de renseignements par le toucher rectal. Ampoule rec-

tale libre, facilement dilatable. Pouls petit, précipité, irrégulier. Température 38°,3.

Le lendemain, on réussit à passer une sonde œsophagienne de petit volume. On franchit un obstacle qui siège à 20 ou 25 centimètres au-dessus de l'anus. Issue de matières liquides noires, très fétides : 3/4 de litre environ. Issue de gaz en assez grande abondance,

5 mai. Selle spontanée; matières de même aspect que la veille. Léger soulagement. Ballonnement du ventre un peu moins considérable.

6 mai. Affaiblissement plus grand. Face grippée. Refroidissement des extrémités. Pouls précipité, petit, irrégulier. T. 38° dans l'aisselle. Vomissements verdâtres. Urines en très petite quantité. Respiration embarrassée : râles sous-crépitaux aux deux bases.

Mort dans la nuit du 7 au 8.

AUTOPSIE.—Distension gazeuse très marquée des intestins et surtout du gros intestin. Dilatation au maximum sur le colon descendant. Injection marquée de l'intestin : la face libre, opposée à l'insertion du mésentère, est enveloppée d'arborisations vasculaires nettement disséminées, et cela sur toute l'étendue de l'intestin. Au niveau du colon et surtout du colon descendant, cette arborisation est plus marquée encore. Il n'y a pas trace de péritonite ancienne ou récente vers la fosse iliaque gauche.

A la partie supérieure du rectum, à l'union de l'iliaque et du rectum, rétrécissement en anneau, apparent à l'extérieur, se traduisant par une dépression large de 1 centimètre, sans bride saillante à l'intérieur. Injection vasculaire plus marquée, immédiatement au-dessus et au-dessous. A 30 centimètres environ au-dessus de ce point, nouveau resserrement d'une longueur plus grande, 4 à 5 centimètres environ. Entre ces deux resserrements, se trouve comprise une anse intestinale dilatée. Quelques plaques rouges d'infiltration sanguine sous le péritoine.

Le rectum est vide, rouge, un peu congestionné. Au point de rencontre de l'iliaque et du rectum, il existe un étranglement qui porte sur la muqueuse seulement. C'est un anneau légèrement saillant, irrégulier, avec des inégalités, des festons sur les bords et des saillies légères, plus ou moins aplaties. En résumé, l'aspect d'une cicatrice d'ulcération annulaire grasse, avec une sorte de chéloïde de la cicatrice. Les parois intestinales sont un peu épaissies, comme infiltrées, de façon à former une sorte de base sur laquelle repose cet anneau. Le resserrement n'est pas si

considérable qu'on ne puisse pas passer le petit doigt avec un léger effort.

Le resserrement supérieur est plus étalé. Il présente une longueur de 5 à 6 centimètres. Le bord supérieur et l'inférieur sont légèrement saillants. Entre les deux, la muqueuse est rouge, érodée, noirâtre.

Le petit doigt peut franchir avec quelque effort le rétrécissement supérieur. Dans l'intervalle des deux resserrements, on trouve des plaques noirâtres, donnant l'idée d'eschares superficielles, larges comme une pièce de 50 centimes à deux francs.

Dans l'anse colique comprise entre les deux resserrements et dans le côlon au-dessus de ces resserrements, se trouve une substance jaune très liquide, renfermant des grumeaux noirâtres de substance fécale dure; débris de scybales désagrégées.

A l'examen microscopique, on trouve invariablement, sur des coupes faites sur l'anneau supérieur ou sur l'anneau inférieur, une disparition complète de la muqueuse. On reconnaît facilement les deux plans de la tunique musculaire. L'anneau saillant est constitué par un feutrage de fibres conjonctives, plus ou moins tassées, plus ou moins réunies en faisceaux. Dans les interstices, on trouve de petites cellules embryonnaires, arrondies, fortement colorées par le carmin. Ces petites cellules se retrouvent parfois dans l'interstice des faisceaux musculaires lisses de la tunique musculaire. Dans le tissu conjonctif sous-muqueux, on trouve çà et là des trainées de ces cellules qui ont bien l'air d'être accumulées dans des espaces lymphatiques. L'anneau scléreux se continue directement avec la couche conjonctive sous-muqueuse, aux dépens de laquelle elle semble développée.

RÉFLEXIONS. — Les resserrements décrits semblent bien être de véritables cicatrices fibreuses. Comment se sont produites les ulcérations annulaires auxquelles elles ont dû succéder? Nous ne pouvons faire qu'une supposition : il y a six ans, à l'époque des premiers accidents, peut-être sous l'influence de la constipation opiniâtre, s'est-il fait au contact des scybales de véritables ulcérations mécaniques?

Un point à relever : chacun des deux resserrements laisse passer le petit doigt. Chacun d'eux pris isolément aurait été incapable de produire l'occlusion intestinale. Cette occlusion s'explique sans doute par le voisinage des deux étranglements successifs.

Séance du 20 mai 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

9. Occlusion intestinale par diverticulum de l'intestin grêle.—Entérotomie.—Mort par péritonite généralisée; par E. GUITER, interne des hôpitaux.

D..., âgé de 20 ans, entré le 7 mai 1881, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le D^r DIEULAFOY. Pas de maladies antérieures; état de santé d'ordinaire satisfaisant, constipation habituelle. Le lundi 2 mai, cet homme a été pris brusquement de violentes coliques; selle diarrhéique qui a vidé en partie le gros intestin; mais, depuis lors, il n'a pas eu une seule garde-robe et n'a rendu aucun gaz par l'anus. Les douleurs sont devenues très vives; les vomissements ont apparu dès le lendemain, vomissements alimentaires et bilieux; éructations continuelles. Le samedi, à son entrée à l'hôpital, nous trouvons le ventre tendu et ballonné dans toute son étendue; la douleur à la pression paraît plus marquée dans la fosse iliaque droite, mais, on constate un empâtement profond du côté gauche qui fait supposer que l'obstacle siège probablement à ce niveau. Le malade a pris, avant d'entrer à l'hôpital, 30 gr. d'huile de ricin et des lavements; on administre 15 gr. d'eau-de-vie allemande qui sont vomis presque aussitôt; un lavement purgatif n'a d'autre résultat que de vider le bout inférieur de l'intestin.

8 mai. T. 37°,8; les vomissements continuent; le soir, premier vomissement fécaloïde.

9 mai. Deux séances d'électrisation, matin et soir, restent sans effet, et sont mal supportées par le malade. La température reste normale. Le ballonnement du ventre a augmenté et les anses intestinales se dessinent en relief sous les téguments. Nouveaux vomissements fécaloïdes. Injections morphinées.

10 mai. M. le D^r Périer est appelé auprès du malade et discute l'opportunité de la laparotomie. On peut songer à un volvulus, à une bride péritonéale, plus difficilement à un néoplasme, en tenant compte de l'âge du sujet et de la brusquerie du début. L'opération doit être différée, l'âge

du malade rendant indispensable l'autorisation de la famille, et on ne peut intervenir.

13 mai. Onze jours après le début des accidents, il nese montre encore pas de symptômes généraux graves, le faciès est très légèrement grippé; T. 36°,6. MM. Périer et Berger, redoutant la laparotomie surtout au onzième jour et en présence de l'incertitude du diagnostic sur la cause de l'étranglement, peu encouragés par deux succès récents, préférèrent pratiquer d'emblée l'entérotomie. Incision au-dessus de la crête iliaque gauche; l'anse de l'intestin grêle qui vient faire saillie entre les lèvres de la plaie est fixée et incisée; il s'écoule une quantité considérable de matières. Le péritoine renfermait déjà un peu de sérosité, ce qui semble indiquer un commencement de péritonite. Soir : T. 37°,4; l'anus contre nature fonctionne bien; quelques vomissements bilieux qui cessent vers le soir.

14 mai. La plaie a bon aspect; le ventre est un peu tombé, mais reste très douloureux; le malade est très abattu, refuse toute nourriture et a de continuelles envies de vomir. T. 37°,8.

15 mai. La température s'est élevée hier soir à 38°,2; un peu de rougeur au pourtour de la plaie; l'exploration de l'abdomen provoque de vives douleurs; les vomissements ont recommencé; l'abattement est extrême; les extrémités sont froides; pouls petit, filiforme. Potion de Tood, glace à l'intérieur. — Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate une péritonite suppurée dont le point de départ est évidemment la plaie opératoire. A ce niveau, on trouve du pus en nappe tapissant les anses intestinales qui adhèrent fortement entre elles; la péritonite semble généralisée et il existe des fausses membranes, aussi bien du côté droit que du côté gauche.

L'intestin grêle paraît dans toute son étendue fortement congestionné; c'est un peu au delà de sa partie moyenne qu'il a été saisi et suturé; l'anse intestinale a été bien fixée aux lèvres de la plaie. On trouve du pus entre les divers plans musculaires de la paroi, au voisinage de l'incision. Si l'on enlève les dernières circonvolutions de l'intestin grêle et le cœcum, on voit, vers la terminaison de l'iléum, une des anses les plus inférieures donner naissance à une sorte de diverticulum qui se dirige d'abord de gauche à droite, puis, presque aussitôt, contourne la dernière portion de l'iléum, non loin de la valvule iléo-cœcale, pour venir s'insérer sur l'intestin grêle, un peu plus haut, après un

trajet légèrement oblique de droite à gauche ; de telle sorte que ce diverticulum, assez long et ayant presque la largeur du petit doigt, forme comme une cravate un peu serrée autour de la terminaison de l'iléum ; ce n'est pas à ce niveau que semble s'être produit l'étranglement, car il est assez facile de faire glisser l'intestin à travers cette cravate ; l'obstacle paraît siéger au point où le diverticulum vient prendre insertion par son extrémité terminale ; si l'on essaie de faire passer un courant d'eau par le bout supérieur, l'eau est arrêtée à ce niveau. Il semble qu'il se soit produit là comme une sorte de travail phlegmasique local, comme une sorte de sclérose dont il est impossible de préciser le moment ou l'origine ; c'est ce travail qui aurait fixé en ce point l'extrémité de notre diverticulum et aurait en même temps déterminé un rétrécissement du calibre de l'intestin, suffisant pour expliquer les accidents consécutifs. Le diverticulum prend insertion en partie sur l'intestin, en partie sur le mésentère par un tissu fibreux qui bride l'anse intestinale à ce niveau ; celle-ci, incisée, permet à peine l'introduction d'une plume à écrire à travers la portion ainsi rétrécie. Ajoutons que le diverticulum est canaliculé jusqu'à un point très voisin de sa terminaison ; il donne naissance, vers sa partie moyenne, à un second diverticule qui ne dépasse pas la grosseur d'un gros pois. Rien à signaler du côté du gros intestin et des autres viscères, qui sont absolument sains.

RÉFLEXIONS. — Il nous a paru intéressant de signaler cette forme assez singulière d'étranglement par diverticulum intestinal ; quant aux indications de la laparotomie dans ce cas, il est probable qu'il eût été assez difficile d'atteindre le siège réel de l'étranglement, de se rendre compte de son mode de production assez normal, enfin de rétablir le cours des matières ; il eût suffi de tirailler un peu pour déterminer la rupture de l'intestin assez malade à ce niveau ; on n'eût pas évité sans doute la péritonite consécutive.

10. Cirrhose hypertrophique avec ictère ; par A. CHANTEMESSE,
interne des hôpitaux.

Nous avons eu, cette année, occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître M. d'HEILLY, un cas de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Les phénomènes cliniques présentés par le ma-

lade et les lésions constatées à l'autopsie entrent pleinement dans le cadre nosologique consacré à cette maladie. L'ictère chronique, la marche lente des symptômes compatible avec une santé relativement bonne pendant longtemps, l'absence d'ascite et la terminaison par ictère grave d'une part, et, d'autre part, l'hypertrophie du foie et de la rate, la sclérose de la glande hépatique jointe au développement anormal des canalicules biliaires, l'inflammation catarrhale diffuse de ces conduits aboutissant à la rétention des éléments de la bile en amont de l'obstacle, nous semblent être un exemple de cette individualité morbide, si bien mise en lumière par M. Hanot, et qui est aujourd'hui connue de tout le monde depuis les leçons de M. Charcot.

Bien que la description de cette maladie repose sur un nombre relativement considérable d'observations, il s'est rencontré des auteurs allemands qui ont nié son existence, en tant qu'entité morbide distincte, sous prétexte qu'on peut trouver, dans quelques cirrhoses granuleuses ordinaires, une néoformation, en certains points, de canalicules biliaires atteints de catarrhe et capables, par suite, d'entraîner la rétention de la bile. Le cas présent nous semble être une preuve de plus à l'affirmation des auteurs français. Voici cette observation :

Giro, doreur sur bois, âgé de 57 ans, entre dans le service de M. D'HEILLY, à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 mars 1881.

Ce malade nous raconte qu'il est devenu jaune il y a 5 ans, et que, depuis cette époque, sa jaunisse n'a jamais disparu complètement. Sa santé avait été excellente jusqu'à l'âge de 52 ans ; il n'avait jamais habité les pays chauds et n'avait jamais souffert de la fièvre intermittente pas plus que de la goutte ou du rhumatisme ; il n'avait également toute atteinte de syphilis ou d'alcoolisme, dont on ne trouvait du reste aucune trace. Il y a 5 ans, il devint jaune, sans raison aucune, sans éprouver la moindre douleur ou la moindre atteinte à sa santé, si bien que c'est parce que ses amis lui annonçaient qu'il devenait jaune, qu'il s'en était aperçu lui-même. Cet ictère ne s'accompagna ni de démangeaisons, ni de perte de l'appétit ; les digestions étaient régulières et le malade n'éprouvait aucune douleur à l'épigastre, ni rien qui ressemblât de près ou de loin à la colique hépatique.

Depuis 5 ans, l'ictère a persisté avec de légers degrés

d'amélioration ou d'aggravation, sans jamais cesser complètement, et chaque nouvelle poussée s'accompagnait de faiblesse et de perte des forces. Dans ces trois dernières années, les malaises reparaissent assez souvent; il éprouvait une faiblesse considérable dans les membres inférieurs et ressentait de vives douleurs dans les masses musculaires de ces membres, au moindre effort. Depuis cette époque et à diverses reprises, il était resté un mois ou deux dans différents hôpitaux. Il y a un mois, il s'aperçut que les pieds et la partie inférieure des jambes étaient enflés, et, depuis une huitaine, ses gencives sont devenues douloureuses, gonflées et saignent chaque fois qu'il mange.

A l'examen du malade, nous constatons ce qui suit : l'ic-
tère est assez foncé; on reconnaît la coloration spéciale sur la muqueuse buccale, la conjonctive, etc. Pas de xanthé-
lasma ni aucune tache sur la peau.

Le foie est considérablement hypertrophié : sur la ligne médiane, il descend en bas à 5 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, et, à droite, il dépasse de 4 travers de doigt les cartilages des fausses côtes. En haut, la percussion permet de reconnaître son bord supérieur à deux centimètres au-dessous du mamelon droit. Son bord inférieur est rectiligne, aigu, et se dirige un peu obliquement dans l'hypochondre gauche; il se termine en pointe au-dessous des cartilages des fausses côtes gauches, jusqu'aux articulations synchondro-costales de ce côté. On parvient avec assez de facilité, en déprimant doucement l'abdomen à l'aide du bord cubital de la main dirigée de bas en haut, à saisir ce bord inférieur du foie dont on apprécie parfaitement toutes les qualités de forme, de volume et de direction, on sent aussi qu'il présente une légère encoche au niveau du bord externe du muscle grand droit; c'est à peu près là le siège de la vésicule biliaire.

La rate est très hypertrophiée; elle semble avoir conservé sa forme ordinaire et descend dans le flanc gauche; la palpation fait reconnaître son bord antérieur qui forme avec le bord correspondant du foie un angle très aigu.

Rien au cœur, aucun souffle, les bruits sont bien frappés. Le pouls est assez fréquent, 90. L'appétit est excellent, les fonctions digestives très régulières. Pas la moindre trace d'ascite, le malade affirme qu'il n'a jamais eu le ventre gonflé. Les gencives sont blafardes, fongueuses, couvertes de tartre de coloration jaunâtre; la langue est saburrale et l'haleine très fétide; on constate en même temps un gonflement de la région sous-maxillaire droite, il semble qu'il y ait à ce niveau un peu de fluctuation. Œdème très notable

des pieds remontant jusqu'à mi-jambe. L'urine, examinée par l'acide nitrique, fait reconnaître la présence de la bile ; elle ne contient ni sucre ni albumine.

25 mars. L'œdème des pieds a disparu, mais il est survenu sur les membres inférieurs quelques taches de purpura ; ces taches résistent complètement à la pression du doigt, elles sont punctiformes sur les jambes et offrent le volume d'une petite lentille sur la face interne des cuisses. L'état général est toujours excellent, le malade est gai et mange avec appétit ; les gencives sont touchées avec du perchlorure de fer.

29 mars. Le purpura s'efface un peu ; les gencives sont en meilleur état.

8 avril. Il n'y a plus de bile dans l'urine, la teinte de la peau est aussi beaucoup plus claire, le malade va très bien.

12 avril. Depuis 2 jours, il souffre dans tout l'épigastre et surtout dans la région du lobe gauche du foie. Cette douleur se fait sentir jusque dans les deux épaules, le malade la compare à des morsures de chiens, à des coups de canif.

27 avril. Depuis quelques jours, l'état général s'est aggravé ; de nouvelles taches de purpura ont apparu sur les membres inférieurs ; le ventre commence à se ballonner et à devenir douloureux à la pression.

3 mai. L'œdème a reparu aux pieds en même temps qu'à la partie supérieure des cuisses et au scrotum. Le ventre est tendu ; à la percussion, il donne une sonorité tympanique, il existe probablement un peu d'ascite. Les digestions sont devenues pénibles et douloureuses. Le cœur possède toujours ses battements normaux, sans souffle. Le purpura des membres inférieurs a disparu, mais on voit apparaître de petites varicosités rouges sur la face. Epistaxis cette nuit ; l'urine est rare et noire comme de l'encre ; le microscope ne permet pas d'y reconnaître la présence de globules rouges.

6 mai. Un peu d'ascite. Œdème des jambes, œdème séro-sanguinolent des bourses.

7 mai. Le ventre est très gonflé ; un peu d'œdème de la paroi. Nouvelles taches de purpura sur les membres inférieurs. — Crachats de sang noir ; toux opiniâtre depuis 4 ou 5 jours. — Quelque râles sous-crépitaux, fins, dans la poitrine. Rien au cœur, douleur sourde au niveau du foie.

9 mai. 500 grammes d'urine noire. — Somnolence.

11 mai. L'état du malade empire chaque jour ; il se plaint d'une grande douleur au niveau de l'hypogastre ; la main, placée sur les côtes inférieures du côté droit, perçoit de très

gros frottements. L'œdème a augmenté et s'accompagne d'ecchymoses sous-cutanées, la toux revient par quintes opiniâtres. L'auscultation fait entendre des râles sous-crépitaunts fins dans toutes la poitrine.

Les battements du cœur sont normaux.

13 mai. L'ascite a augmenté ; les veines sous-cutanées de l'abdomen sont distendues ; le cours du sang se fait de bas en haut. L'urine a toujours la même couleur.

15 mai. Coma. Respiration stertoreuse. Il succombe le soir.

AUTOPSIE (1), faite le 17 mai.—Le cerveau paraît sain.—Rien à noter du côté des membranes.

Les deux *poumons* sont fortement congestionnés dans toute leur étendue ; les lobes inférieurs présentent l'un et l'autre des noyaux de broncho-pneumonie à l'état d'hépatisation rouge.

Le cœur et l'aorte paraissent intacts.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule plusieurs litres d'un liquide de coloration rouge clair ; on ne découvre aucune trace de fausses membranes dans la cavité péritonéale, et les anses intestinales ne présentent pas d'injection vive de leurs vaisseaux sous-séreux ; mais, le péritoine est tapissé dans toute son étendue et sur tous ses replis d'une multitude innombrable de granulations, rondes et petites comme des têtes d'épingles quant elles sont isolées, affectant au contraire des formes variées et plus ou moins volumineuses quand elles sont confluentes. Dans certains points, notamment sur la séreuse pariétale qui est en rapport avec la face supérieure du foie, ces granulations sont agglomérées et confondues entre elles au point de simuler l'aspect de pustules blanches de la variole, sauf la consistance, bien entendu.

Sur la face supérieure du foie et dans les régions où ces productions ne sont pas baignées par le liquide péritonéal, elles offrent une coloration blanchâtre ; dans les points où elles plongent, elles sont noires, ou plutôt entourées d'un cercle noir dû à l'imprégnation du pigment hématique. Leur surface de section ne semble pas contenir de matière caséuse, et, au premier aspect, elles ressemblent à de petits fibromes. L'examen microscopique a permis de reconnaître qu'elles étaient constituées par de la matière tuberculeuse siégeant dans l'épaisseur de la lame conjonctive péritonéale. Ces tubercules présentent les 2 zones caséuse

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique dans la séance du 20 mai 1881.

et embryonnaire entre lesquelles on reconnaît la présence de cellules géantes; ils sont confluents ou séparés les uns des autres de façon à constituer les saillies irrégulières que nous avons signalées.

Les reins sont un peu congestionnés, mais paraissent sains à l'œil nu. — La rate pèse 600 grammes; elle est dure et résistante sous le doigt; sa coloration et sa forme ordinaire sont conservées. Au microscope, on reconnaît une agglomération énorme de globules rouges dans les lacunes; les artères sont altérées et leur tunique interne manifestement épaissie; un grand nombre de corpuscules de Malpighi ont également subi la dégénérescence scléreuse. — La vessie est saine. — La muqueuse digestive ne semble pas altérée, elle est baignée par une petite quantité de matière semi-liquide et blanchâtre.

A l'examen du foie, une chose frappe tout d'abord, c'est qu'il est revenu sous les fausses côtes et ne les déborde pas, comme il le faisait pendant la vie; il ne présente d'adhérences avec aucun des organes environnants. — Retiré de l'abdomen, en même temps que l'estomac et le duodénum dont on a soin de conserver les rapports, il offre un volume sensiblement supérieur au volume ordinaire; sa forme générale est conservée, son bord inférieur est lisse et uniforme, comme il avait été permis de le sentir à l'examen du malade, il pèse 1800 grammes et sa coloration est verdâtre. — L'examen de sa surface ne permet pas de constater la présence de granulations saillantes; elle est uniformément tachetée de marbrures brunes, qui tranchent sur le fond vert du parenchyme. — Sur le bord inférieur du lobe gauche, il existe une saillie du volume d'une petite noix; la section de cette tumeur montre qu'elle est formée par de petits kystes, de volume variable, remplis les uns d'une bouillie verdâtre, les autres d'une matière molle et franchement jaune. — Au milieu de la face supérieure du lobe droit, on voit une seconde saillie qui a le même aspect que la précédente; son volume égale celui d'une petite orange; elle a l'apparence d'un kyste enfoui à demi dans le parenchyme et rempli d'une matière molle absolument verte. La vésicule a son volume normal, elle ne contient pas trace de calculs et est à demi remplie de bile; les gros canaux biliaires ne sont pas dilatés et la pression sur le réservoir fait sourdre aussitôt le liquide dans le duodénum, l'ampoule de Vater étant parfaitement intacte. De cela, on peut conclure aussitôt que les grosses voies biliaires sont indemnes.

Le foie offre une résistance considérable et ne se laisse pas déchirer par la pression du doigt; sur une section, il

présente un aspect un peu différent, suivant qu'on envisage les points où le tissu fibreux gris-rougeâtre prédomine, et les régions où la néo-formation conjonctive est moins avancée et réduite à quelques tractus assez grêles, qui divisent en petits îlots une notable quantité de parenchyme dégénéré.

Dans les premiers points, en effet, l'hyperplasie conjonctive est très prédominante et l'on ne voit, çà et là, que de petites agglomérations de tissu hépatique, à peine grosses comme des têtes d'épingles, qui tranchent par leur coloration vert foncé sur le tissu environnant, rougeâtre. Dans son ensemble, la lésion représente bien « le bloc fibreux farci de granulations ».

Dans les régions qui correspondent aux pseudo-kystes, voici ce que l'on aperçoit : au centre, une sorte de bouillie verdâtre qui présente une surface plus ou moins grande, limitée à la périphérie par du tissu fibreux. En regardant avec attention, on voit que cette boue biliaire est une réunion de petits lobules plus ou moins volumineux, séparés les uns des autres par de très fins tractus conjonctifs; cette disposition se montre bien plus nettement quand la pièce a subi un commencement de durcissement dans l'alcool.

Sur des coupes colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine, nous examinons successivement les cellules hépatiques, le tissu conjonctif et son mode de distribution, les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires. Les lésions du parenchyme hépatique sont un peu différentes suivant que l'on considère les points envahis déjà par la prolifération diffuse du tissu conjonctif péri-lobulaire et les régions qui, à l'œil nu, ont l'apparence de kystes remplis d'une bouillie verdâtre; dans les premiers, les cellules hépatiques, généralement atrophiées, ne contiennent pas de gouttelettes de graisse; elles sont fragmentées et remplies de granulations pigmentaires.

La destruction des éléments est d'autant plus complète qu'ils sont plus rapprochés de la périphérie du lobule; parfois, celui-ci n'est représenté que par une petite réunion de cellules hépatiques atrophiées, entre lesquelles on voit déjà pénétrer des cellules embryonnaires.

Ces derniers éléments sont nombreux en certains points, et il est facile de remarquer que c'est dans les lobules qui avoisinent immédiatement les canalicules biliaires anormalement développés, qu'on les rencontre le plus abondamment, d'où, la conclusion qu'ils doivent prendre naissance aux dépens du revêtement épithélial du conduit atteint d'inflammation.

Dans les régions qui, à l'œil nu, offraient l'aspect d'un kyste biliaire, les cellules hépatiques ne sont pas détruites par le fait de la prolifération conjonctive; celle-ci, en effet, ne se voit qu'à la périphérie, ou une bande mince de sclérose entoure une réunion plus ou moins considérable de lobules. Le parenchyme hépatique a subi des altérations autres que celles qui résultent de l'envahissement par la néoplasie conjonctive; les cellules contiennent d'énormes gouttelettes de graisse qui les distendent et refoulent à la périphérie; le noyau et le protoplasma infiltré de pigment biliaire. D'autres cellules sont en voie de destruction plus complète, elles sont atrophiques et fragmentées et ont perdu leur noyau. Ce qui domine, c'est l'infiltration considérable du pigment biliaire; dans chaque lobule, on voit une quantité plus ou moins grande de blocs d'un vert foncé, les uns très petits, qui semblent présenter le moule d'un canalicule biliaire, les autres beaucoup plus volumineux. Cette accumulation de pigment dans les cellules hépatiques ne donne pas, sur les préparations histologiques, une notion complète de la quantité de matière biliaire qui s'y trouvait contenue; en effet, une notable partie s'est dissoute dans l'alcool où l'on a fait durcir la pièce, et lui a communiqué une teinte verdâtre très foncée.

Ce qui ressort de cet examen, c'est que le parenchyme hépatique a été frappé par deux affections de nature et d'évolution distinctes; l'une, qui amenait la destruction lente de l'organe par néoformation du tissu conjonctif et l'infiltration biliaire des cellules, l'autre qui a produit une désorganisation rapide avec les lésions anatomiques rencontrées fréquemment dans l'ictère grave.

La sclérose du foie, étudiée à un faible grossissement (obj. 1. Verick), montre des tractus conjonctifs plus ou moins abondants suivant les préparations, mais, sur la masse générale du foie, ils prédominent notablement. Ils se montrent sous la forme de travées irrégulièrement dirigées, entourant en certains points les lobules d'une façon qui rappelle la cirrhose annulaire, environnant là une masse assez grosse de tissu hépatique, ici une partie beaucoup plus petite. Malgré cette apparence de distribution circulaire, un examen, même rapide, permet de reconnaître qu'il existe une différence marquée entre ce processus d'envahissement conjonctif et celui qui se montre dans la cirrhose de Laënnec. Cette dernière, en effet, est constituée par des bandes fibreuses qui entourent un point du parenchyme hépatique, dans un anneau d'épaisseur régulière et l'enserrent dans une compression méthodique; ici, au con-

traire, les tractus conjonctifs qui forment des ceintures présentent une épaisseur non uniforme, ils contiennent çà et là des renflements conjonctifs et se confondent souvent avec des lobules, de sorte qu'à l'examen de certaines coupes, on ne voit pas de démarcation tranchée entre la partie centrale du lobule et la partie moyenne de la zone conjonctive. Dans ce tissu, disposé en bandes ou en amas volumineux, on aperçoit une énorme quantité de petites granulations grisâtres, disposées en séries linéaires dans le sens du faisceau conjonctif. Examinées à un fort grossissement, ces trainées de poussière granuleuse paraissent constituées par des résidus de cellules hépatiques fragmentées et complètement détruites; c'est là le processus anatomique parvenu à son dernier terme, laissant deviner par sa constitution la marche de la lésion. Il est facile, en effet, de comprendre que la sclérose n'est pas venue là détruire le parenchyme en l'entourant d'un cercle qui se rétracte chaque jour, mais que la prolifération conjonctive a pénétré dans le lobule par la périphérie, en isolant de la masse générale un certain nombre de cellules qui ont dégénéré, et dont on ne retrouve plus que la trace sous forme de trainées linéaires.

Quand on cherche à s'orienter dans une préparation, il est assez difficile de le faire; en effet, la veine sus-hépatique est impossible à reconnaître et la destruction de quelques lobules, ajoutée à l'hyperplasie lamineuse, a rapproché certains espaces portes d'autres espaces. En examinant ces points, on reconnaît, au milieu de la prolifération conjonctive, la veine porte dont le calibre est conservé, mais dont les parois ont subi, en beaucoup de points, la transformation fibreuse, l'artère qui paraît à peu près saine et le canal biliaire. Celui-ci présente des lésions considérables; ses parois sont extrêmement épaissies, ou plutôt elles semblent être sculptées dans une gangue conjonctive; la lumière du conduit est presque complètement remplie de cellules épithéliales proliférées, et, le plus souvent, la destruction de l'épithélium cylindrique est telle, que l'on voit se détacher à la fois et s'écrouler dans la cavité du canal tout un pan de la muraille épithéliale.

Autour du canal périlobulaire et dans le tissu conjonctif qui l'entoure, on voit un grand nombre de canalicules biliaires, reconnaissables à leur épithélium cylindrique dont le noyau est vivement coloré en rouge par le carmin. Certains de ces canalicules sont coupés en travers, d'autres en long; les uns sont tapissés par des cellules cylindriques, les autres sont remplis de cellules détachées et

affectent quelque apparence moniliforme; quelques-uns, que la préparation permet de suivre sur une assez longue étendue, ne contiennent qu'une seule rangée de cellules cubiques disposées bout à bout. Les vaisseaux biliaires les plus fins se remarquent, surtout à la périphérie de la zone conjonctive, près des lobules hépatiques; parfois, ils se renflent tout à coup, se remplissent d'une grande quantité de cellules; et les éléments embryonnaires, que nous avons vu plus haut pénétrer dans le lobule, ne nous semblent pas être autre chose que le produit de l'inflammation de ces canalicules.

Pour résumer cette dernière lésion nous dirons : développement et inflammation des canalicules biliaires, catarrhe avec formation nouvelle de cellules qui les remplissent; d'où, la difficulté et même l'impossibilité de l'écoulement de la bile, ce qui nous fait comprendre l'existence de ces pseudo-kystes biliaires, apparents à la vue.

RÉFLEXIONS.—Les conclusions que nous désirons tirer de cette observation seront succinctes. Il n'est pas discutable que le groupe symptomatique que nous avons observé et les lésions du foie ne ressemblent, trait pour trait, aux cas qui ont servi à faire connaître la cirrhose hypertrophique avec ictère, ou, si l'on veut, la cirrhose biliaire. Ses phénomènes cliniques y sont notés ainsi que l'hypertrophie du foie, car nous tenons à faire remarquer que le poids de 1800 grammes, bien qu'il soit supérieur à la normale, ne donne qu'une idée fausse du volume que le foie présentait pendant la vie. Nous avons indiqué, qu'à l'autopsie, l'organe hépatique nous avait semblé avoir considérablement diminué de volume, puisqu'il était revenu sous les fausses-côtes, et cette atrophie tardive nous a été expliquée par les lésions microscopiques de l'ictère grave.

D'un autre côté, l'ascite survenue dans les derniers jours, après avoir été absente pendant 5 ans de maladie, ne peut être attribuée à la gêne circulatoire dans le système porte; il est plus simple et plus vrai de la rapporter à la dyscrasie sanguine qui produisait de l'œdème des jambes, et, vraisemblablement aussi, à la présence des néoplasies tuberculeuses dans le péritoine. Enfin, sans insister longuement sur la distribution de la sclérose, sur le catarrhe des vaisseaux biliaires poussé jusqu'à l'obstruction et sur ce qu'on a nommé l'apoplexie biliaire en amont de l'obstacle, nous

indiquerons que les lésions du parenchyme hépatique n'ont pas été, dans le cas présent, également avancées dans tous les points; elles ont évolué çà et là pour s'éteindre et se réveiller ailleurs, et cela pourrait peut-être servir à expliquer les périodes successives de malaise fébrile et de bien-être qui sont notés par tous les auteurs dans la description de la cirrhose biliaire.

M. HANOT. A propos de ce fait, je rappellerai quelques caractères que je considère comme typiques de la maladie que j'ai décrite sous le nom de *cirrhose hypertrophique avec ictère*, car il m'a paru que ma description primitive n'avait pas été bien comprise par tout le monde. Il s'agit d'un *ictère chronique* qui peut durer 4 ou 5 ans sans altération apparente de la santé générale. On peut toujours constater, pendant la plus grande partie de l'évolution de la maladie, une *augmentation de volume du foie*; mais il n'est pas rare qu'à l'autopsie on trouve un foie d'un volume à peu près normal; dans les derniers temps de la vie, à la période de cachexie, l'hypertrophie diminue quelquefois parce qu'une atrophie jaune aiguë vient terminer la scène. On a dit que l'ascite manquait dans cette maladie: cela est vrai pour les premières périodes de la maladie; mais, à la fin, elle survient presque toujours. L'épanchement paraît de nature inflammatoire et dû à une inflammation périphérique; Frerichs a rapporté un cas où il y avait du pus dans le péritoine. L'ictère n'est pas dû à l'oblitération des gros troncs biliaires qui sont libres; mais on trouve à la périphérie et dans le parenchyme de petits kystes biliaires, dus à une obstruction siégeant vers les radicules, qui constate la lésion primordiale.

M. DU CASTEL fait remarquer que la pesée est un mauvais moyen pour indiquer le volume du foie dans la cirrhose hypertrophique, car, quand le tissu conjonctif est sclérosé, la densité de l'organe augmente et le foie peut peser 1800 grammes, comme dans le cas présent, sans être augmenté de volume; il faut donner en même temps le poids et les mesures.

M. HANOT. Ce poids montre bien que le foie n'est pas atrophié comme il peut le paraître.

M. LANDOUZY dit que les granulations d'apparence fibreuse que l'on voit sur le péritoine périhépatique sont évidemment d'origine inflammatoire et qu'elles viennent à l'appui de l'opinion que vient d'émettre M. Hanot sur la nature de l'épanchement.

11. Tuberculose des trompes. — Péritonite consécutive; par A. CAYLA, interne provisoire.

Martineau Marthe, 22 ans, domestique, entre le 9 février 1881 dans le service de M. le D^r Robert MOUTARD-MARTIN, (Hôpital Cochin, annexes).

La malade présente toutes les apparences d'une bonne santé. On ne relève dans ses antécédents aucune maladie grave. Rien à noter du côté de ses ascendants ou de ses collatéraux. Elle entre à l'hôpital pour des crises nerveuses dont elle est tourmentée depuis plusieurs années et qui deviennent plus fréquentes depuis quelque temps.

On note chez cette malade une mobilité excessive, elle est prise à certains moments de phénomènes d'extase pendant une demi-heure au moins, chaque fois. Elle est prise d'attaques de nerfs de moyenne intensité, d'aphonie. L'appétit est bizarre, irrégulier, capricieux; en un mot tous les symptômes de l'hystérie, avec un état général assez satisfaisant.

Elle reste dans le service pendant deux mois, jusqu'au 9 avril, sans avoir présenté de phénomènes autres que ceux que nous venons d'énumérer. A cette époque, elle est prise tout-à-coup de saignements de nez, de diarrhée, d'abattement; la peau est chaude, humide. Ces phénomènes font songer tout d'abord à une fièvre typhoïde, rien ne manque au tableau, la congestion pulmonaire se révèle par des râles humides aux deux bases, la température présente les vacillations de la fièvre typhoïde, rémission matinale, ascension vespérale. La colonne mercurielle se maintient entre 39°,5 et 40°. La roséole seule fait défaut, on ne peut constater qu'une tache d'un aspect douteux.

Le 10, la malade a 4 selles diarrhéiques, bilieuses. La tache a disparu, l'abattement paraît moindre. On lui prescrit le traitement de la fièvre typhoïde. Les quatre jours suivants, l'état reste le même. Les règles qui devaient arriver ont manqué, la malade a un vomissement le 21 avril. — Les jours suivants, les vomissements persistent; ils sont verdâtres, se font sans efforts et reviennent fréquemment.

24 avril. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression,

la respiration est gênée, on ne constate pas d'ascite. L'insappétence est absolue, les urines sont très rares, très chargées. La malade prétend ne pas avoir uriné depuis plusieurs jours. On ne retire avec la sonde que quelques gouttes d'une urine très rouge.

Les jours suivants, l'état de la malade ne fait qu'empirer, les douleurs abdominales deviennent plus vives, le météorisme augmente, on voit se dessiner sous la peau, dans la région du flanc gauche, le réseau veineux sous-cutané; le ventre donne à la palpation une sensation de mollesse et de résistance toute spéciale. La paroi déprimée est comme élastique, on ne sent pas les anses intestinales.

18 mai. La malade a eu du délire dans la nuit. La maigreur a fait des progrès rapides, les joues se creusent, le corps s'émacie à mesure que le ventre augmente de volume.

La malade ne prend aucune nourriture, elle est tourmentée par des vomissements incessants, portacés et par une diarrhée continuelle. On constate, le 11 mai, une légère teinte subictérique des conjonctives. Les accidents s'aggravent, il survient du délire la nuit, et la malade meurt le 18 mai, dans le collapsus, après quarante jours de maladie.

AUTOPSIE faite le 20 mai, 36 heures après la mort. — Le corps est bien conservé, on a de la peine à détacher la paroi abdominale du grand épiploon avec lequel elle est unie par des adhérences nombreuses. Le grand épiploon est épaissi, grisâtre, vascularisé par places, on remarque un certain nombre de granulations disséminées sur toute son étendue; il adhère aux parois du petit bassin par son bord inférieur et aux flancs par ses bords latéraux. On constate à ce niveau des fausses membranes épaisses, blanchâtres, reliant les anses intestinales à la paroi abdominale. Le péritoine pariétal est épaissi au niveau des flancs.

Lorsque l'on a enlevé le grand épiploon, les anses intestinales apparaissent considérablement distendues, vides. On remarque sur leur surface une quantité innombrable de granulations claires, de 2 millimètres de diamètre environ. Le diaphragme est fortement repoussé du côté de la poitrine. La cavité thoracique est réduite à des dimensions très minimes, les poumons sont ramassés, la hauteur de la cavité ne mesure pas 15 centimètres. Partout on remarque des adhérences et de la vascularisation de la séreuse péritonéale; c'est ainsi que l'on observe des adhérences du péritoine avec le foie dans presque toute l'étendue de ce viscère; lorsqu'on est parvenu à décortiquer le foie, il se pré-

sente avec un aspect jaune-cire uniforme, son volume est considérablement augmenté, il pèse 2620 grammes. A la coupe, il présente tous les caractères du foie gras, le tissu en est peu résistant, les vaisseaux forment la seule partie résistante que l'on y rencontre. La vésicule ne contient pas de bile.

Le péritoine pelvien est remplacé par une couche épaisse de fausses membranes grises, lardacées, recouvrant tous les organes contenus dans le petit bassin. Le cul-de-sac utérin contient quelques détritüs membraneux grisâtres, l'ascite est peu abondante, le liquide est jaune-citrin, un peu louche.

La vessie est saine, on remarque quelques arborisations vasculaires sur sa muqueuse. L'utérus est également sain et de volume normal; sa muqueuse ne présente pas de lésions.

Les *ligaments larges* sont épaissis, l'*ovaire* ne présente aucune lésion à la coupe; il est entouré d'une coque fibreuse blanchâtre d'un millimètre d'épaisseur, assez résistante. Les *trompes* sont augmentées de volume, de même que le pavillon; ces conduits sont difficilement reconnaissables au milieu des fausses membranes gris-rougeâtre qui les enveloppent; à la coupe, les trompes présentent une apparence flexueuse, leur diamètre atteint 6 millimètres, leur cavité est remplie d'un magma caséeux, il en est de même du pavillon.

Les *poumons* sont petits, mais sains; la moitié antérieure est décolorée; en arrière, ils présentent un aspect bleu-ardoisé, à ce niveau, la congestion est plus marquée. Les *plèvres* présentent quelques points d'adhérence.

Le *cœur* est de volume normal, les parois sont peu épaisses et flasques. Les orifices ne présentent aucune lésion. Les *méninges* sont saines, la substance cérébrale est ferme et absolument saine.

RÉFLEXIONS. — C'est donc un nouveau cas de tuberculose génitale avec péritonite consécutive à ajouter à ceux connus depuis les travaux de MM. Bernutz et Brouardel. Nous insistons sur ce fait, parce qu'il est en opposition avec la loi formulée par Louis.

Cette malade, atteinte d'une tuberculose des trompes, a succombé en effet à l'extension de l'inflammation du péritoine sans que les poumons pas plus que les autres organes aient présenté aucune des lésions dues à cette diathèse.

12. Aortite d'origine alcoolique. — Anévrysme de la crosse aortique; par A. PETIT, interne des hôpitaux.

Le nommé Bennett (Samuel), âgé de 58 ans, entrepreneur, est entré le 4 mai 1881, salle Saint-Jean, lit n° 15, à l'hôpital Beaujon, service de M. FÉRÉOL.

On ne relève, dans les antécédents héréditaires de cet homme, qu'une affection cardiaque à laquelle sa mère aurait succombé. Son père, âgé de 95 ans, est encore vivant et possède une bonne santé,

Le malade, d'origine anglaise, n'a jamais eu d'affection grave; pas de scarlatine dans l'enfance, jamais de rhumatisme. Il n'est pas syphilitique. Il avoue des habitudes alcooliques anciennes, auxquelles il aurait renoncé depuis plusieurs années. Il jouissait d'une excellente santé habituelle lorsqu'il fut pris, il y a trois ans environ, d'une bronchite qui persista longtemps et à la suite de laquelle il conserva un peu d'essoufflement. Vers la même époque, un jour qu'il courait pour rejoindre une voiture, il ressentit tout à coup une violente douleur à la région précordiale, avec palpitations et imminence de suffocation qui l'obligèrent à s'asseoir à terre. A partir de ce moment, la toux et l'essoufflement augmentèrent et devinrent permanents, sans pourtant l'obliger à renoncer à ses occupations; l'expectoration était presque nulle.

Pendant les froids rigoureux de l'hiver de 1880-81, le malade constata une sensible aggravation de son état de malaise habituel; l'ascension des escaliers lui devint pénible, ainsi que toute marche rapide ou un peu prolongée. Il éprouvait fréquemment des douleurs assez vives dans la poitrine. L'état général se maintenait néanmoins satisfaisant; l'appétit était bon, les digestions faciles. Pas d'œdème des membres inférieurs. Tous les symptômes continuèrent à s'aggraver, et, le 4 mai, le malade sollicitait son admission à l'hôpital Beaujon.

4 mai. Etat actuel. Le malade a le visage pâle, les yeux saillants; il est fortement musclé et ne paraît pas amaigri. Il ne peut rester dans le décubitus horizontal sans être pris d'accès d'étouffement et de palpitations, aussi, garde-t-il la position assise. Il se plaint d'une douleur sourde rétro-sternale, qui, par moments, s'exaspère et devient très pénible. Les jambes, les cuisses et le scrotum sont le siège d'une œdème d'intensité moyenne, dont le début remonte à un mois environ. Pas d'ascite appréciable.

L'apyrexie est totale. L'appétit a presque entièrement dis-

paru; il n'y a pas de vomissements. On ne constate aucun symptôme de dysphagie. Le foie n'est pas volumineux; pas d'ictère. La rate semble normale. Les urines sont peu abondantes, mais claires et limpides; elles ne contiennent pas d'albumine.

La dyspnée se montre rapidement dès que le malade parle ou fait quelque effort; l'expiration est alors bruyante et semble se produire comme par une sorte de détente; la toux est rare; l'expectoration muqueuse, peu abondante. La voix est voilée, mais non rauque et bitonale.

La percussion permet de constater un peu d'exagération de la sonorité pulmonaire qui masque en grande partie la matité précordiale en avant. La matité semble au contraire augmentée au niveau du médiastin postérieur. A l'auscultation du poumon, on entend une inspiration légèrement soufflante en plusieurs points et quelques râles sous-crépittants disséminés aux deux bases.

A l'examen de la région précordiale, on distingue un léger mouvement d'expansion, isochrone à la systole cardiaque; au niveau du deuxième espace synchondro-sternal droit, on perçoit en appliquant la main en ce point un frémissement cataire systolique peu intense.

L'auscultation révèle, à la base, au niveau du foyer aortique, un souffle rude avec bruit de pialement qui couvre le premier bruit du cœur et se propage dans les vaisseaux du cou, et un deuxième souffle doux, aspiratif, se propageant le long du bord droit du sternum et se produisant au second temps. Au niveau de la pointe, on ne constate qu'un retentissement affaibli des bruits de la base.

Le pouls est fort, bondissant, sensiblement égal des deux côtés. Dans la crurale, on ne constate que de façon très douteuse le double souffle crural de Durosiez.

En présence de ces symptômes, on porta le diagnostic de rétrécissement et insuffisance aortique avec légère dilatation de l'aorte. Il n'y avait ni douleurs névralgiques irradiées, ni troubles oculo-pupillaires; l'absence de dysphagie et de rauçité de la voix avait été notée.

En dépit du traitement institué, les symptômes s'aggravèrent progressivement; la dyspnée, les palpitations augmentèrent; l'affaiblissement fit des progrès rapides et le malade mourut le 10 mai, après avoir expectoré pendant deux jours des crachats hémoptoïques.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — Pas d'épanchement ni d'adhérences pleurales, si ce n'est au niveau du sommet gauche et de la plèvre médiastine. Le tissu cellu-

laire du médiastin semble condensé, lardacé, tous les organes qu'il enveloppe sont englobés dans cette gangue résistante. Les ganglions sont volumineux. Les *poumons* sont emphysémateux, surtout au niveau de leurs bords antérieurs; aux deux bases, en arrière, splénisation peu étendue. Pas d'infarctus. Environ trois à quatre cuillerées de liquide séro-sanguinolent dans le péricarde. Plaques laiteuses sur le feuillet viscéral.

Le cœur est notablement hypertrophié, globuleux (circonférence à la base : 38 cent., 5; hauteur 16 cent.) L'augmentation de volume porte sur le ventricule gauche; les parois, à la coupe, sont très épaissies, mais n'offrent aucune trace de dégénérescence du myocarde. L'orifice mitral semble dilaté; la valvule offre quelques plaques athéromateuses; elle est insuffisante. La valvule tricuspide paraît saine, ainsi que l'orifice pulmonaire. L'orifice aortique est notablement dilaté, les valvules sigmoïdes sont assez souples, bien qu'athéromateuses, et l'insuffisance est relativement peu considérable. L'aorte thoracique, après dissection, se montre dilatée sur toute son étendue; elle offre dans sa partie moyenne dix centimètres environ de diamètre. Cette dilatation anévrysmale est surtout marquée au niveau du point où l'aorte s'accolle à la quatrième vertèbre dorsale : les trois vertèbres suivantes sont érodées, creusées sur une profondeur d'un centimètre et demi environ, et la paroi de la poche sanguine est intimement adhérente au tissu osseux. Immédiatement au-dessous, l'anévrysme se rétrécit brusquement, formant une sorte de cul-de-sac dans lequel s'abouche la portion terminale de l'aorte thoracique. Les collatérales ne sont pas dilatées.

À l'ouverture de l'anévrysme, on constate qu'il ne renferme que des caillots cruoriques et que les parois sont le siège d'une dégénérescence athéromateuse ancienne avec érosions multiples, plaques gélatineuses et coloration générale rouge-vineux symptomatiques d'une aortite intense. Les orifices des collatérales sont peu déformés. On constate, sur la paroi postérieure, deux petites dépressions ampullaires du volume d'une noisette et qui sont remplies de caillots feuilletés. Une troisième, plus considérable, offre le volume d'une grosse noix et s'est creusée une loge dans le sommet du poumon gauche, dont le tissu condensé lui adhère peu intimement. Sa cavité, qui communique avec celle de l'anévrysme par un orifice rétréci, est entièrement comblée par des caillots fibrieux stratifiés. La plupart des grosses artères sont athéromateuses.

L'œsophage, la trachée, la bronche gauche, le récurrent

ne sont pas comprimés. Le foie est légèrement gros de volume; les reins, congestionnés, n'offrent à l'œil nu aucune lésion marquée. La rate est normale.

13. Endocardite végétante; — Rétrécissement et insuffisance aortiques; par A. PETIT, interne des hôpitaux.

Le nommé Hervoïs (Paul), âgé de 22 ans, charretier, est entré le 23 mars 1881, salle Saint-Jean, lit n° 16, hôpital Beaujon, service de M. FÉRÉOL.

Les parents de ce malade sont vivants et d'une bonne santé habituelle, ainsi que ses frères et sœurs.

Lui-même n'a jamais eu, jusqu'ici, de maladie grave; jamais de rhumatisme ni de scarlatine; il n'a pas eu de chorée. Il a eu à diverses reprises des bronchites peu intenses et de courte durée.

Il y a dix-huit mois, il quitta son métier ordinaire pour faire le service militaire. Étant au régiment, il éprouva, il y a environ huit mois, des palpitations de cœur, d'abord peu intenses, mais qui peu à peu augmentèrent de violence et s'accompagnèrent d'une sensation d'essoufflement et d'oppression. Ce furent les seuls troubles fonctionnels qu'il ressentit, avec un peu de toux habituelle: les fonctions digestives restèrent normales; pas de céphalalgie, pas de douleurs thoraciques vives, pas d'œdème des jambes. Reconnu malade par le médecin de son régiment, il fut réformé au commencement du mois de mars.

Il rentra chez lui et reprit ses occupations, mais les palpitations et l'essoufflement augmentèrent, la toux devint plus fréquente et les forces diminuèrent. Il éprouvait quelques vertiges lorsqu'il se penchait brusquement en avant ou se relevait rapidement; la nuit, il entendait dans ses oreilles l'écho des battements de son cœur et le sommeil devint presque impossible.

Il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon le 23 mars 1881. Le faciès est pâle, jaunâtre, décoloré, sans offrir de teinte ictérique. Les veines de la face et du cou ne font aucune saillie, tandis qu'on constate non seulement à la région cervicale, mais au niveau des poignets, des mains, des aines, etc., des battements artériels visibles à l'œil.

Le malade paraît essoufflé, il a une toux assez fréquente, mais sans expectoration notable, il se plaint de palpitations; l'appétit est assez bien conservé, pas de vomissements, pas de diarrhée. Rien aux organes génitaux. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Les fonctions urinaires semblent normales, cependant, il

accuse une diminution dans la quantité d'urine rendue; l'urine est rare, foncée, pas d'albumine.

A l'examen méthodique de la région précordiale, on constate à la palpation des battements énergiques et fréquents, accompagnés d'un frémissement cataïre systolique, de moyenne intensité, au-dessus du mamelon. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. A la percussion, la matité cardiaque ne semble pas augmentée. A l'auscultation, on constate : à la pointe, un souffle systolique, doux, dont le maximum semble situé entre le mamelon et l'appendice xyphoïde; en ce point, on entend également un bruit de galop assez net. A la base, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux droits, le long du bord du sternum, un souffle assez rude coïncidant avec la systole, tandis que le second bruit semble plus éclatant qu'à l'état normal.

La percussion au niveau du médiastin et des poumons ne révèle rien d'anormal. L'auscultation fait entendre aux deux bases, en arrière, quelques râles sous-crépitaux fins, et, en divers points, surtout en avant, un peu d'inspiration humide d'emphysème pulmonaire.

Le pouls radial est bondissant, fort, visible à l'œil; lorsqu'on élève le bras du malade, il présente très nettement les caractères du pouls de Corrigan. Au sphygmographe, il donne une ascension brusque, verticale, avec un léger crochet suivi encore d'une courte ascension oblique; la descente n'offre aucune trace de dicrotisme; il n'y a pas de plateau. Les battements des carotides sont visibles à distance; on constate dans la crurale le double souffle intermittent de Durosiez. Le foie dépasse le rebord costal de près de deux travers de doigts, mais semble plutôt abaissé qu'augmenté de volume; la matité de la région splénique paraît un peu plus étendue qu'à l'état normal.

Même état jusque dans les premiers jours d'avril; à ce moment, se montraient des vomissements alimentaires fréquemment renouvelés, avec douleur spontanée à la région épigastrique; la dyspnée et la toux augmentent notablement, et, lorsque les efforts de vomissement se produisent, il y a de véritables accès de suffocation.

7 avril. Point de côté assez violent à droite; pas de signes stéthoscopiques de pleurésie; sonorité légèrement diminuée, râles sous-crépitaux nombreux aux deux bases. Un peu d'œdème des jambes. Urines rares, foncées, pas d'albumine.

8 avril. Légère teinte ictérique des conjonctives; la percussion du foie ne révèle aucune modification nouvelle

dans son volume; il est légèrement douloureux à la pression. Amaigrissement rapide; le souffle cardiaque de la base semble moins intense, tandis que celui de la pointe est manifestement plus fort.

9 avril. Vomissements répétés, dyspnée toujours croissante; l'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'à la partie moyenne des cuisses. Céphalalgie intense; léger degré d'exophtalmie; le soir, le malade a une syncope d'environ vingt minutes.

10 avril. Le pouls est faible, mais régulier; les battements du cœur sont moins forts; la dyspnée est considérable; le faciès est pâle, légèrement cyanique. Nouvelle syncope déterminée par un vomissement. Vers 11 heures du matin, le malade éprouve un peu de mieux; il demande à s'asseoir dans un fauteuil. A midi, nouveau vomissement à la suite duquel le malade meurt dans une syncope.

AUTOPSIE, le 12 avril, 45 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, quelques adhérences d'aspect gélatiniforme des deux feuillets de la plèvre droite, épanchement séreux minime (150 grammes environ); plèvre gauchesaine.

Les *poumons* sont congestionnés dans leur partie inférieure, principalement en deux ou trois nodules de forme pyramidale dont la coupe noirâtre et granuleuse rappelle celle de l'infarctus hémoptoïque. *Péricarde* sain, pas d'épanchement. Le *cœur droit* est légèrement dilaté; la valvule tricuspidale et l'artère pulmonaire sont saines.

Le ventricule gauche est hypertrophié. On constate à l'orifice aortique des végétations en chou-fleur siégeant sur les valvules sigmoïdes et rétrécissant d'une façon très notable la lumière du vaisseau, qui est réduite à une fente étoilée très irrégulière. La valve de la mitrale contiguë à l'orifice aortique présente sur la face ventriculaire de petites végétations analogues, circonscrivant une ulcération de 3 millimètres de diamètre, et dont le bord n'est formé que par une mince lamelle translucide. La valvule mitrale, assez souple dans son ensemble, ne paraît pas insuffisante.

La crosse de l'aorte à l'union de sa première et de sa seconde portion, au-dessus de l'origine du tronc brachio-céphalique, offre une dilatation fusiforme du volume d'un œuf de pigeon. En incisant le vaisseau, on aperçoit les végétations polypiformes des sigmoïdes qui font saillie du côté de l'artère; leur extrémité libre semble ulcérée en plusieurs points. A l'épreuve de l'eau, les valvules aortiques sont manifestement insuffisantes. L'orifice des artères coronaires n'est ni déformé ni oblitéré.

Dans la cavité abdominale, environ 500 grammes de liquide aortique jaune ambré dans lequel flottent de nombreux flocons fibrineux.

Le foie, d'aspect muscade, est peu augmenté de volume; son poids est de 1680 grammes. La rate, volumineuse, pèse 320 grammes; elle offre des traces de périsplénite. Les reins congestionnés présentent un épaississement notable de la capsule fibreuse. Pas d'infarctus.

Méninges infiltrées de sérosité. Cerveau sain; pas d'hydropisie ventriculaire.

RÉFLEXIONS. — Il est intéressant de comparer les signes constatés par l'auscultation de la région précordiale avec ceux que fournissait l'examen des troubles fonctionnels chez ce malade. En effet, l'insuffisance aortique décelée pendant la vie par les symptômes généraux, le pouls, le double souffle artériel et constatée d'une façon formelle après la mort, n'a, à aucun moment, donné lieu à un souffle du second temps, soit de la base, soit même de la pointe, suivant une anomalie parfois signalée. Plusieurs médecins ont examiné le malade, chaque jour, M. Féréol et les élèves du service l'ont ausculté avec soin, et jamais on n'a constaté de souffle cardiaque d'insuffisance aortique. Le souffle de la pointe du premier temps, interprété pendant la vie par le diagnostic d'insuffisance mitrale, pourrait prêter à discussion, puisque la valvule auriculo-ventriculaire gauche, bien qu'atteinte par les lésions de l'endocardite végétante ulcéreuse, n'a point paru insuffisante à l'autopsie. C'est là un exemple de plus de la difficulté que l'on peut rencontrer lorsque l'on veut porter le diagnostic d'une affection cardiaque par les seuls signes que fournit l'examen méthodique de la région précordiale.

14. Hémichorée sans hémianesthésie; par L. GALLIARD,
interne des hôpitaux.

M^{me} Daboucourt, 76 ans, journalière, entre le 27 avril 1881 dans le service de M. MILLARD, à Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 8. Elle prétend être d'une bonne santé habituelle, mais nerveuse et excitable. Le 25 avril, à deux heures de l'après-midi, elle a été prise brusquement de vertige, mais sans perte de connaissance; peu après, les membres du côté droit se sont refusés à tout mouvement volon-

taire, mais elle s'est aperçue qu'ils étaient animés malgré elle de contractions brusques et capricieuses.

Au moment de l'entrée, la malade répond aux questions qu'on lui pose, mais il y a parfois une certaine incohérence dans ses paroles. L'hémiplégie droite est légère, la marche est possible, la pointe du pied droit est seulement traînée sur le sol, le membre supérieur a peu de force. Des deux côtés, la sensibilité générale et spéciale est parfaitement conservée. Mouvements choréiques très nets des membres du côté droit. M. Millard signale immédiatement l'anomalie de cette dissociation des deux phénomènes cliniques, hémichorée et hémianesthésie. Au cœur, pas de bruit morbide appréciable.

29 avril. Les mouvements choréiques augmentent. La malade est fort agitée; chloral et morphine.

2 mai. Mêmes phénomènes. La malade s'affaiblit et garde maintenant le lit. On constate encore l'hémiplégie droite occupant les membres, et, de plus, de l'hémiplégie faciale du même côté. Toujours absence complète d'hémianesthésie.

6 mai. Rotation de la tête à gauche; l'intelligence fait complètement défaut. Les frottements répétés du coude droit ont déterminé la production d'une escarre assez profonde. Morphine et chloral continués pour obtenir un peu de calme.

9 mai. La malade tombe dans le coma, respiration stertoreuse, bruyante, pouls, 112. Les mouvements persistent, mais avec moins de vigueur aux membres du côté droit.

10 mai. Mort.

AUTOPSIE, faite le 11 mai.—*Cœur*. Surcharge graisseuse, consistance normale du muscle cardiaque; légère hypertrophie du ventricule gauche; les valvules aortiques ont leur forme habituelle, mais sont considérablement épaissies par l'athérome, pas d'insuffisance. Épaississement des bords de la valvule mitrale qui a ses insertions bien conservées. Dans l'aorte, quelques plaques jaunâtres légèrement saillantes, sans ulcération, sans dépôt calcaire.

Poumons. Les deux bases sont congestionnées.

Reins. Surface un peu inégale, mais décortication possible; légère dilatation avec épaississement pariétal des artérioles. — *Foie*. Volume et consistance normaux; un peu de congestion du système des veines sus-hépatiques. Rien à noter du côté du pancréas et de la rate. L'estomac et l'intestin n'offrent aucune lésion.

Cerveau. On remarque, sur l'hexagone de Willis et sur les troncs qui en partent, quelques points athéromateux,

mais c'est plutôt du côté droit qu'à gauche. L'organe n'est modifié extérieurement ni dans sa forme, ni dans sa consistance; les enveloppes n'offrent pas d'adhérence; les ventricules sont normaux; rien dans le bulbe, le cervelet. L'unique lésion est constituée par un petit foyer hémorragique gros comme une lentille, siégeant à la partie postérieure de la capsule interne, du côté gauche, tout près du pédoncule. Dans toutes les autres parties, dans les corps opto-striés, dans l'écorce, il est impossible de découvrir la moindre altération.

M. DÉJERINE fait remarquer que les coupes verticales sont insuffisantes pour donner une notion complète de la lésion et qu'il est regrettable que la pièce n'ait pas été présentée dans un état qui permit une étude plus minutieuse.

M. LANDOUZY dit que le fait n'en est pas moins important au point de vue clinique.

15. Calcul du rein. — Phlegmon périnéphrique; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux et RIBETON, interne provisoire.

E. Crété, 61 ans, fruitière, entre le 2 avril 1881 dans le service de M. MILLARD, à Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 18.

C'est une femme très grasse, robuste, qui nie toute maladie antécédente, tout écart de régime, a toujours eu des occupations fatigantes. Trois enfants morts en bas âge. Il y a deux mois, à la fin de janvier, sans cause appréciable (elle se souvient seulement d'un traumatisme datant de 5 années), elle éprouve de la douleur à l'hypochondre gauche. Elle n'a pas d'appétit, commence à maigrir, et croit avoir quelques accès de fièvre. Constipation habituelle. Rien de notable du côté des urines.

Au moment de l'entrée, elle présente un teint jaunâtre, la langue est sèche. Elle se plaint d'une douleur limitée à l'hypochondre gauche, sans irradiations, s'exaspérant par les mouvements et la pression. Pas de voussure à la paroi abdominale, pas de modification du tégument, le seul symptôme consiste dans un léger œdème de la paroi. L'exploration est rendue difficile par l'épaisseur de la couche graisseuse, cependant, en pratiquant le palper à l'aide des deux mains, on a parfois une sensation de fluctuation profonde. M. Millard songe alors à une périnéphrite dont le foyer se prolongerait en avant dans l'hypochondre gauche, mais il constate que les urines sont restées normales, et la malade,

pressée de questions, ne peut fournir aucun renseignement sur l'état antérieur des voies urinaires Elle n'a jamais eu de colique néphrétique. Rien du côté des poumons, ni du cœur. Inappétence. Cataplasmes laudanisés, huile de ricin.

4 avril. Un frisson ce matin, langue sèche.

9 avril. Le ventre offre une rénitence particulière et les parties dures sont le siège de douleurs beaucoup plus vives qu'au début; la région lombaire est aussi très sensible; la fluctuation se perçoit plus nettement au flanc. Œdème de la paroi et de tout le membre inférieur gauche.

11 avril. Ponction avec l'aspirateur Potain à la région lombaire. On obtient 25 grammes de liquide rouge foncé, mêlé à du pus. S. T. 38°; les douleurs sont un peu calmées, l'état s'améliore.

12 avril. T. 37°. La matité et la rénitence persistent jusque vers la région iliaque. S. T. 38°.

13 avril. L'état général n'est pas modifié. On ne trouve rien de spécial dans l'urine, mais les douleurs augmentent; la fluctuation au flanc gauche est toujours obscure. M. Millard décide néanmoins l'intervention chirurgicale qui paraît tous les jours plus nécessaire.

14 avril. M. Tillaux, appelé en consultation, pratiqué à la partie externe de la région lombaire, à peu de distance de la crête iliaque, une incision longitudinale de cinq centimètres. On voit s'écouler 1 litre et demi de liquide purulent, en partie teinté de rouge. Il place un drain dans l'ouverture et prescrit des injections phéniquées deux fois par jour. S. T. 38°; l'état général est assez bon.

15 avril. Le ventre cesse d'être douloureux à la pression et perd sa rénitence. En introduisant le doigt dans la plaie, on constate qu'il existe une vaste poche allongée du côté de la fosse iliaque. Pansement phéniqué.

20 avril. Même traitement. Muguet. La température ne s'élève toujours pas au-dessus de 38° le soir.

22 avril. Le pus a une certaine fétidité malgré les précautions antiseptiques. Il est abondant.

27 avril. Diarrhée; les bords de la plaie sont pâles, blafards; langue sèche.

29 avril. Révasseries, subdelirium; l'alimentation devient difficile. Inappétence. Potion de Todd. Café.

6 mai. Les lavages phéniqués ont été continués. Apyrexie, mais l'état général empire. On constate que la poche de l'abcès n'a aucune tendance à diminuer d'étendue. Œdème des parois abdominales, des lombes, des membres inférieurs, surtout du gauche. Urine purulente.

7 mai. Langue toujours sèche. Subdelirium. Teinte terreuse de la face ; traits tirés. Selles involontaires. Eschare au sacrum.

9 mai. L'œdème s'accroît encore ; la malade ne mange plus, langue sèche. La cachexie augmente.

11 mai. Mort.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après la mort, le cadavre est déjà dans un état de putréfaction avancé. Surcharge graisseuse énorme du tissu cellulaire sous-cutané, du mésentère, de l'épiploon, du cœur. Cet organe ne présente pas de lésion d'orifice, mais son muscle est mou. Congestion aux bases des deux poumons. Foie de volume normal, mollasse, un peu graisseux. Pas de foyer de suppuration. Noyau carcinomateux de l'estomac. Pas de péritonite générale, mais, à gauche, adhérence du grand épiploon à la paroi et aux intestins, épaississement de la tunique péritonéale, du côlon descendant et de tout le segment pariétal de la séreuse. Après avoir enlevé le côlon, on trouve en arrière de lui une vaste cavité dont les parois sont déjà noirâtres, putréfiées, et qui est celle de l'abcès périnéphrétique incisé pendant la vie. En bas, cette cavité est limitée par le détroit supérieur du bassin ; en haut, elle atteint la rate ; en dedans, elle est limitée par le rein et le psoas ; le rein gauche occupe sa place habituelle, mais il baigne au milieu du liquide ; on remarque qu'il est pourvu d'une coque épaisse et parfaitement isolé par elle du foyer de suppuration. Le pus a disséqué la fosse iliaque interne et détruit en partie les muscles psoas et iliaque. Il n'atteint pas le périoste de la colonne vertébrale. Le rein gauche est difficile à décortiquer de la capsule, dure et épaissie. En l'incisant, on trouve dans le bassin un calcul unique, gros comme une olive, ovoïde, à surface rugueuse, jaunâtre et assez dur, composé surtout d'acide urique. Ce calcul oblitère complètement l'orifice supérieur de l'uretère qui est dilatée, et possède des parois épaissies. La dilatation porte surtout sur le bassin et les calices. Ceux-ci ont acquis des proportions considérables, et le parenchyme rénal s'est atrophié. Il est difficile de distinguer les deux substances, qui ont un aspect fibreux uniforme. Leur épaisseur ne dépasse guère 1 centimètre et demi, et il est évident qu'elles ont été privées de toute activité physiologique.

La muqueuse de l'uretère et du bassin présente plusieurs petits nodules saillants, elle a une coloration rouge sur quelques points, mais, en général, verdâtre. Rien dans la vessie. L'uretère du côté opposé est normal, et le rein droit

ne présente d'autre altération qu'une sorte de ramollissement jaunâtre d'un groupe de trois ou quatre pyramides.

RÉFLEXIONS. — Il faut remarquer qu'il n'existe nulle part de trace de fistule ayant fait communiquer le parenchyme rénal où les canaux excréteurs de l'urine avec l'atmosphère cellulaire du rein. Le calcul a déterminé une pyélo-néphrite sans manifestation clinique appréciable, et l'inflammation s'est propagée secondairement du rein au tissu périnéphrique.

Séance du 27 mai 1881.

PRÉSIDENTE DE M. LANDOUZY.

16. Dyspnée cardiaque avec bronchite légère;—Autopsie;—Péricardite sèche tuberculeuse;—Cirrhose atrophique du foie;—Splénite;—Athérome; par M. LEJARD, interne des hôpitaux.

La nommée Barry, âgée de 88 ans, sans profession, est entrée le 1^{er} mai 1881, n° 33, salle Léger, femmes, à l'hospice des Petits-Ménages, service de M. QUINQUAUD.

Peu de renseignements sur cette femme. D'après sa fille, elle n'aurait jamais été malade. Entrée aux Petits-Ménages il y a 8 ans, elle aurait eu seulement quelques bronchites pendant l'hiver; depuis 8 ans, elle a toujours toussé. Jamais de rhumatismes. Aurait eu des palpitations.

Elle entre à l'Infirmierie le 1^{er} mai, se plaignant de *palpitations*, d'*oppressions* et de difficulté à respirer. Pas de déformation thoracique; la poitrine n'est pas globuleuse. En avant, respiration emphysémateuse. En arrière, râles sous-crépitaux aux deux bases. Râles sibilants des deux côtés.

Cœur: battements rapides, irréguliers, inégaux. Pas de souffle. Les veines jugulaires ne sont pas distendues. Artères athéromateuses. Pouls inégal, irrégulier, avec quelques intermittences.

Œdème peu marqué des membres inférieurs. La malade

aurait maigri depuis quelques mois, elle pèse actuellement 66 kil. 500. Les premiers jours de son entrée à l'infirmerie, la température a oscillé entre 37°, 8, 38°, 4 et 38°, 6.

En somme, état cachectique assez avancé. La malade gardait le lit toute la journée, couchée complètement ou assise. Elle mangeait assez bien, dormait et ne se plaignait d'aucune douleur. Souvent, elle était abattue et comme somnolente. Pas de phénomènes cérébraux. M. Quinquaud porte le diagnostic de dyspnée cardiaque avec bronchite légère. Dans la nuit du 22 au 23 mai, elle fut prise, au dire de ses voisins, d'agitation ; elle se mit trois ou quatre fois sur son séant, agita les bras ; puis fut prise d'une sorte de convulsion passagère et mourut après avoir poussé un léger cri, à 2 heures du matin. Traitement : tisane pectorale, lait, macération de digitale, 0,15°.

AUTOPSIE, le 24 mai 1881. — Foie, petit, ratatiné, granuleux. Cirrhose atrophique avec granulations très nettes. Pas d'ascite. Rate, augmentée de volume, indurée. Péri-splénite ancienne avec foyers de péri-splénite plus récente à la face convexe. Reins, volume normal, kystiques, assez bien conservés. Péritoine, organes génitaux ne présentant rien à noter.

Plèvres : épanchement séreux, moyennement abondant des 2 côtés, fausses membranes de pleurésie ancienne des deux côtés ; les lobes des poumons sont réunis par de fausses membranes. La plèvre gauche est adhérente au bord gauche du péricarde mais se laisse assez facilement décoller avec le doigt. Pas de tubercules. Poumons, emphysème du bord antérieur. Atélectasie aux deux bases. Rien aux sommets : pas de tubercules ; sur certains points légère infiltration sanguine. Dans le poumon droit, une petite thrombose artérielle de date récente. Péricarde très chargé de graisse sur sa face externe. Son bord gauche adhère à la plèvre gauche. Où la séreuse est à la face externe du péricarde, on aperçoit trois points fortement injectés et vascularisés : l'un est situé au bord droit du cœur, près de l'oreillette droite, les deux autres correspondent à la base du ventricule gauche, le 1^{er} est antérieur, le 2^e postérieur. Sur le fond rouge, constitué par la vascularisation de la séreuse enflammée, se détachent de petites granulations, analogues à un semis de grains de millet. Ces granulations sont blanches, transparentes, isolées les unes des autres et de volumes variables, mais atteignant au plus le volume d'une tête d'épingle. Elles forment ainsi trois groupes principaux. Elles paraissent recouvertes par l'épithélium de la

séreuse, et se voient très nettement si on place la membrane à contre-jour. Plusieurs se trouvent placées le long des vaisseaux qui parcourent le feuillet pariétal du péricarde. Elles se rapprochent surtout de la base du cœur et de l'origine des gros vaisseaux qui partent de cet organe.

Si on ouvre le péricarde, on ne trouve pas de liquide dans son intérieur, mais on constate que les deux feuillets sont notablement épaissis ; le feuillet pariétal et le feuillet viscéral sont tapissés d'une fausse membrane fibreuse, épaisse au moins d'un millimètre, partout continue ; hérissée de saillies villeuses, surtout à la face antérieure et à la face postérieure des ventricules, elle rappelle l'aspect de la langue de chat. Cette fausse membrane sur le feuillet pariétal se laisse facilement détacher avec l'ongle, au-dessous d'elle on trouve une séreuse injectée, mais sans ulcérations ; on y trouve aussi des granulations analogues à celles observées sur la face externe. Sur le feuillet viscéral, la fausse membrane est plus adhérente ; en l'enlevant, on déchire le tissu sous-jacent, et on observe entre elle et le myocarde une couche de graisse assez épaisse, épaisse surtout au niveau du ventricule droit. Le myocarde paraît avoir conservé son volume normal : il paraît toutefois le siège d'infiltration et de surcharge graisseuse. Valvule mitrale : rien à noter ; sauf quelques rugosités. Valvule aortique : athérome, rugosités au niveau des nids valvulaires. Aorte abdominale : athérome assez marqué. Ganglions de la base du cœur et du médiastin : sont indurés, assez volumineux, noirs, ne présentent pas l'aspect tuberculeux.

Examen histologique, par M. Quinquaud. — Granulations colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et dissociées, elles sont constituées par petites cellules irrégulières, arrondies, entassées les unes sur les autres.

RÉFLEXIONS. — Nous attirerons l'attention sur plusieurs points : 1° Rareté de la péricardite tuberculeuse, surtout chez les vieillards ; notre malade avait 88 ans ; 2° Rareté de la péricardite tuberculeuse primitive : les faits observés jusqu'ici relatent des tubercules dans les poumons ou plèvre. Notre malade ne présentait de tubercules dans aucun des organes où on les rencontre le plus communément ; 3° Le peu de manifestations symptomatiques auxquelles a donné lieu cette maladie, et par suite la difficulté du diagnostic et l'impuissance du traitement.

17. Avortement. — Rétention du placenta. — Hémorrhagies abondantes. — Transfusion du sang. — Mort; par M. L. RAMBAUD, externe des hôpitaux.

La nommée Dubois (Louise), âgée de 40 ans, ménagère, entrée le 24 mai 1881, salle Sainte-Joséphine, lit n° 10, hôpital Lariboisière, service de M. FERNET.

La malade qui fait le sujet de cette observation raconte qu'elle a eu 8 enfants, dont 7 vivent encore, et rien d'anormal ne s'est produit pendant ces accouchements successifs.

Enceinte une neuvième fois, sa grossesse était parvenue à 4 mois environ, du moins au dire de la malade, qui ignore la date de sa dernière menstruation. Elle fut prise alors de douleurs dans le bas-ventre et les reins, et, quelques jours après, survinrent des hémorrhagies qui allèrent sans cesse en augmentant.

Le 21 mai, dans la journée, l'avortement a lieu chez elle, en présence d'une sage-femme. Le fœtus expulsé, le placenta reste adhérent et les hémorrhagies recommencent. La sage-femme ne s'en inquiète pas, et laisse ainsi le sang s'écouler pendant 3 jours, sans essayer d'y mettre aucun obstacle. A la fin pourtant, voyant l'hémorrhagie augmenter, et le placenta rester obstinément dans l'utérus, elle se décide à envoyer la malade à l'hôpital, où elle arrive le 24 mai, à 8 heures du soir.

25 mai. A la visite, on trouve la malade pâle, jaunâtre, exsangue, la conjonctive palpébrale absolument décolorée, le pouls petit et faible, à 140, et des souffles au cœur à tous les orifices. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui, d'après les mensurations usitées, indique une grossesse de 6 mois, et non pas de 4 mois, comme le disait la malade. Il est très dur et un peu dévié à droite. Le vagin est rempli de caillots, le col volumineux, entr'ouvert; le placenta se présente à travers l'orifice, et, à l'aide d'une pince, on en extrait quelques fragments.

Après avoir vidé la vessie et le rectum et débarrassé le vagin des caillots qui l'obstruaient, on pratique le tamponnement. Pendant l'opération, la malade a des lipothymies à plusieurs reprises; on lui fait prendre du rhum.

La transfusion est décidée et pratiquée à 4 heures de l'après-midi par M. Roussel (de Genève), à l'aide de son appareil. Le sang est généreusement fourni par un élève du service qui était venu assister à l'opération, et 250 grammes de sang sont injectés dans la basilique droite. Après la

transfusion, le pouls est à 100, la malade reste très pâle, les lèvres seules deviennent violacées, le faciès est cadavérique, et l'opération, loin de la relever, semble au contraire avoir épuisé ses dernières forces, en paralysant toute réaction. Elle tombe dans un état lipothymique et syncopal d'où l'on a grand-peine à la tirer. Pendant une grande demi-heure, tout son corps est secoué par un violent frisson que M. Roussel dit être habituel après la transfusion; on la réchauffe avec des couvertures, on lui fait prendre du rhum, du champagne, etc.; soins inutiles, elle succombe 3 heures après, à 5 heures du soir, après avoir présenté une courte période d'agitation.

AUTOPSIE, le 27 mai. — *Utérus*. On laisse les organes en place, ou écarte la symphyse pubienne, et, rejetant la vessie à droite, on ouvre le vagin et l'utérus par leur face antérieure. Après avoir enlevé les tampons, on trouve un seul caillot sanguin, d'environ 108 grammes, occupant la partie supérieure du vagin. L'utérus n'en renfermé point. Le placenta est inséré sur le bord droit de la cavité utérine, de façon que les $\frac{2}{3}$ du gâteau placentaire, occupent presque toute la face postérieure de cette cavité, en arrivant fort près de l'orifice interne de la trompe droite, tandis que l'autre $\frac{1}{3}$ occupe la partie droite de la face antérieure et le bord droit, au niveau duquel il présente un aplatissement et une dépression très marqués.

L'utérus étant refermé, la face libre du placenta s'applique à elle-même, et c'est peut-être dans cette disposition de l'insertion placentaire qu'il faut chercher la cause principale de la rétention et de l'adhérence anormale. En bas, vers le col, le placenta s'insérât jusqu'à 6 centimètres de l'extrémité inférieure, mais, à ce niveau, une portion du placenta, longue de 5 centimètres, est décollée, et c'est en ce point que se faisait l'hémorrhagie qui a emporté la malade. Le péritoine contient environ 1 litre d'un liquide séreux, rougeâtre, mais tous les viscères sont très pâles, et on ne rencontre pas la moindre trace de péritonite.

Cœur. Plaque laiteuse de la grandeur d'une pièce de 1 franc, située sur la face antérieure du ventricule droit. On trouve un caillot fibrineux, rougeâtre, de la grosseur du doigt, dans chaque ventricule; les oreillettes sont vides. Les valvules paraissent saines, on trouve seulement à leur base quelques petites plaques jaunâtres et chagrinées d'athérome. Le myocarde est très pâle. On trouve dans le péricarde le même liquide rougeâtre que dans le péritoine. L'aorte est extrêmement petite, revenue sur elle-même,

telle qu'on la trouve chez les grands anémiques ; et qu'était en effet notre malade, sinon une anémique dans toute la force du terme ; et de quoi est-elle morte, sinon de l'anémie aiguë des grandes hémorrhagies ? A 3 centimètres au-dessus des valvules, l'aorte mesure 16 millimètres de diamètre dans le sens antéro-postérieur, et 18 millimètres dans le sens transversal.

Poumons. Dans les plèvres, on trouve environ 2 litres du même liquide contenu dans le péricarde et le péritoine.

Le sommet du poumon droit est le siège d'emphysème ; on y trouve une dépression cicatricielle, comme fibreuse, blanchâtre et nacrée, trace d'anciens tubercules guéris. Au sommet du poumon gauche, on trouve de l'emphysème et quelques tubercules crétacés. La teinte générale du tissu pulmonaire est d'un rose pâle, sur lequel de fines granulations d'anthracose viennent former un piqueté noir très fin. Les lobes inférieurs contiennent une assez notable quantité de liquide séreux qui s'écoule sur les coupes, mais le tissu pulmonaire est à peu près exsangue.

Le foie est très pâle, décoloré ; 950 grammes. Les reins sont sains, mais très pâles, même les pyramides, qu'on ne distingue qu'à la direction de leurs tubes. *Rate*, normale.

Encéphale, 1,110 grammes ; ne participe pas à la pâleur des autres viscères.

Sur la veine basilique droite, qui a servi à la transfusion, on trouve un caillot noirâtre long de 0,05 centimètres.

18. Kystes hydatiques du cœur, du cerveau et des méninges ; par M. G. LAURAND, interne des hôpitaux.

P... (Henri), 18 ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr FÉREOL, avec un ensemble de symptômes qui font croire à une méningite tuberculeuse.

Le malade est en proie à des douleurs de tête atroces, dont le début remonterait à un mois. Depuis quelques jours, elles ont redoublé ; la douleur occupe toute la calotte crânienne, sans localisation précise ; elle est continue, sourde, gravative ; mais, par instants, des élancements violents arrachent au malade des cris plaintifs.

Depuis trois jours, vomissements ; il ne paraît pas y en avoir eu dans les premiers temps de la maladie. Le pouls est petit, lent, il bat 52 pulsations ; quelques intermitteances. La respiration est aussi très lente ; pas de phénomènes de Cheyne-Stokes. Les pupilles sont inégales ; du côté droit, rétrécissement très marqué ; lenteur des contractions. Pas de paralysie oculaire. Du côté des membres

aucune altération de la motilité ou de la sensibilité. Rien non plus à la face, ni à la langue. Le ventre est excavé ; rien à la fosse iliaque, pas de diarrhée, ni de taches. La raie méningitique est très manifeste. A la poitrine, aucun signe à noter. Au cœur, rien d'anormal. Le soir de l'entrée, aucun signe nouveau n'est apparu. Les douleurs sont toujours aussi violentes ; les vomissements continuent. Pendant la nuit, sub-delirium. Le malade meurt, le matin, dans le coma, sans convulsions.

AUTOPSIE. — Pas trace de méningite. Au moment où l'on prend le cerveau pour l'enlever, la pression fait jaillir de la face supérieure de l'hémisphère droit une poche hydatique, de la grosseur d'un petit œuf. Elle laisse vide la cavité qu'elle occupait dans la substance cérébrale, et qui n'était plus séparée du ventricule latéral que par une mince épaisseur. On trouve dans la cavité ventriculaire deux ou trois petits kystes, de la grosseur d'une noisette. Pas d'épanchement ventriculaire. Dans le lobe occipital du même côté, autre kyste qui le remplit presque complètement. Sur la dure-mère, au niveau de la région temporale, petit kyste implanté sur la face interne de la méninge. Rien ailleurs.

Cœur. Sur la paroi inter-ventriculaire, du côté du ventricule gauche, poche hydatique, faisant dans la cavité la saillie d'une noix, creusant également la cloison, et la refoulant dans le ventricule droit. La tumeur est plutôt inclinée vers la pointe du ventricule que vers l'orifice valvulaire, ce qui explique en partie l'absence absolue de tout phénomène d'auscultation pendant la vie. La paroi de la poche est très mince. On trouve dans la cavité trois vésicules hydatiques flétries.

Les autres organes, même le foie, n'ont pas présenté traces d'hydatides.

19. Sarcome du corps thyroïde et des ganglions cervicaux ; par M. A. MATHIEU, interne des hôpitaux.

La nommée B... N., âgée de 69 ans, est entrée le 26 avril 1881, salle Sainte-Marie, n° 6, service de M. PROUST, à Lariboisière.

Elle se dit malade depuis deux mois seulement, auparavant, elle a toujours été bien portante.

Il y a deux mois, elle commença à éprouver de la gêne de la déglutition. Bientôt, il se fit un gonflement appréciable du cou, et des tumeurs, dures et arrondies, dévelop-

pées surtout sur les parties latérales inférieures, ne tardèrent pas à déformer la région.

Au moment de l'entrée, le cou est énorme, bossué de tumeurs arrondies, saillantes sous la peau. La situation du larynx ne peut être que très difficilement déterminée. En bas, la tuméfaction déborde par-dessus l'échancrure du sternum.

Il n'y a pas de changement de coloration de la peau. Par places, elle glisse à peine sur les tumeurs sous-jacentes. Celles-ci sont mamelonnées, pressées les unes contre les autres; elles sont dures, résistantes. Les sterno-mastoïdiens sont rejetés sur les parties latérales; on en soupçonne beaucoup plus la direction qu'on n'en voit le relief, d'après l'insertion de leur chef inférieur. Les veines superficielles du cou sont dilatées, turgescences, variqueuses; cette turgescence se poursuit sur les veines de la partie inférieure de la face. Elle est plus marquée du côté droit que du côté gauche. Les lèvres sont cyanosées.

La malade peut parler, mais la voix est métallique, nasonnée. Des accès d'étouffement se reproduisent à peu près chaque jour; la face se congestionne, se cyanose; la respiration devient anxieuse, précipitée. Il n'y a point à proprement parler de tirage, ni de cornage. A l'auscultation, on constate que la respiration pénètre des deux côtés avec une certaine intensité. Elle est couverte par des râles sibilants et ronflants. A la base, on perçoit quelques râles sous-crépitants. Le pouls est habituellement petit et régulier; au moment des accès, il se précipite et devient irrégulier. La déglutition est fort pénible; souvent, les aliments sont arrêtés et rejetés. On ne constate de tumeur ganglionnaire dans aucune autre région. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. L'examen du sang et la numération des globules font voir qu'il n'y a pas d'augmentation des leucocytes et que les globules rouges sont en nombre à peu près normal.

La tuméfaction du cou augmente notablement pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Les accès de dyspnée deviennent plus fréquents, la déglutition plus difficile, les râles sous-crépitants deviennent plus nombreux et gagnent vers le sommet des poumons.

La mort survient le 26 mai.

AUTOPSIE. — On trouve une masse blanchâtre, bossuée, enveloppant les parties antérieure et latérales du cou. Elle est manifestement constituée par des ganglions hypertrophiés et dégénérés. La peau est adhérente à certains endroits. Les

muscles sterno-mastoldiens sont soulevés et rejetés sur les côtés. Dans son ensemble, la tumeur présente l'aspect d'un encéphaloïde dur. Elle se trouve divisée en deux masses secondaires d'inégal volume. La principale est développée au-devant du larynx qu'elle masque et qu'elle embrasse ; elle déborde sur les parties latérales et au-devant de la trachée. L'autre, plus petite, est interposée entre le sternum et la trachée, qu'elle refoule en arrière. Vue par sa partie postérieure, la masse de la tumeur présente le même aspect bossué. Elle déborde sur les parties latérales de façon à refouler, à dissocier ou à englober le paquet vasculo-nerveux.

L'œsophage, en arrière, est facilement reconnu et facilement séparé. Il se trouve comprimé et légèrement rétréci au niveau du cartilage cricoïde, sans être cependant compris dans la tumeur. La trachée est englobée dans la masse. Elle ne présente pas de rétrécissements. Sa muqueuse est congestionnée.

Les cartilages du *larynx* sont ossifiés. Il n'y a pas de modification apparente de sa muqueuse. Les cordes vocales sont un peu épaissies, moins élastiques peut-être que normalement. Au-dessous du larynx et sur les parties latérales de la trachée, il est facile de reconnaître à leur forme les masses latérales du corps thyroïde. Elles sont augmentées de volume, font saillie en arrière, et se séparent facilement des tumeurs ganglionnaires du voisinage. Le corps thyroïde est d'un blanc mat, dur, résistant, il semble avoir subi la dégénérescence encéphaloïde, presque squirrheuse. A la coupe, il est également plus résistant et donne moins de suc au raclage que la masse ganglionnaire.

La carotide droite est comprise dans la tumeur, elle est refoulée en dehors de sa situation normale. La veine jugulaire est complètement oblitérée à sa partie moyenne. En haut, on la retrouve intacte. Au moment où elle aborde la tumeur, on constate facilement que sa paroi a été rompue par un bourgeon néoplasique qui s'est insinué dans sa cavité et l'a oblitérée. Au-dessous, elle se perd complètement ; on n'en retrouve pas trace. Au-dessus du bourgeon développé dans sa cavité, sa paroi est tapissée d'une mince couche de fibrine stratifiée.

Le nerf pneumogastrique droit pénètre également dans la tumeur. Il s'épaissit, devient rigide et friable. Il est possible de le disséquer sur une grande étendue ; mais, malgré tous les soins, il est impossible de trouver le récurrent correspondant. A gauche, les désordres sont moins grands. Le paquet vasculo-nerveux est simplement rejeté

en dehors. La carotide est facilement disséquée. La veine jugulaire adhère seulement à la tumeur par un point peu étendu. A cet endroit, il y a dans sa cavité un bourgeon légèrement aplati, recouvert d'une couche de fibrine concrétée.

Le pneumogastrique est libre et simplement dévié. Le récurrent correspondant est trouvé dans sa situation normale, autour de la crosse de l'aorte. Au-dessus, ses filets se dissocient pour pénétrer dans la tumeur où il est impossible de les poursuivre.

Le cœur est petit, chargé de graisse. Les poumons sont congestionnés, splénisés. A la partie inférieure du poumon droit, en rencontre un petit foyer de suppuration du volume d'une noix. Rien de particulier dans les autres organes.

Examen histologique. — Il a été fait au laboratoire de Clamart. Il s'agit d'un sarcome du corps thyroïde et des ganglions voisins. Les coupes prises dans le corps thyroïde, après durcissement dans la gomme et l'alcool et coloration par le picro-carmin, présentent un aspect tout particulier.

A de certains endroits, le sarcome a détruit complètement les éléments normaux de la glande. On ne trouve que des cellules embryonnaires de petit volume, arrondies, très nombreuses. Sur d'autres points, les vésicules closes persistent. Elles ont subi des modifications assez notables, et il est facile de se rendre compte du processus de leur destruction. On les reconnaît facilement : elles se présentent sous la forme d'une masse jaunâtre, homogène, réfringente, arrondie, bordée par une rangée de cellules épithéliales cubiques colorées par le carmin. Quelques-unes ne semblent pas avoir subi de modifications notables.

Parfois, ces vésicules sont rassemblées les unes près des autres, et limitées par des travées de plus en plus en plus minces. Sur certains points, ces travées intermédiaires disparaissent, et il se forme une grande cavité renfermant la même substance jaune, brillante, bordée par le même épithélium cubique. Sur les parois de ces grandes cavités, on trouve parfois des éperons qui sont la trace des travées détruites.

Les vésicules sont du reste d'un volume très variable, et quelques-unes sont relativement très étendues, sans que rien indique qu'elles résultent de la communication de cavités voisines.

Dans un certain nombre de vésicules, on distingue nettement des cellules agglomérées dans la masse colloïde

qu'elles renferment. Elles ne se colorent pas par le carmin et rappellent un peu l'aspect des cellules en voie de desquamation et de dégénérescence des glandes sébacées.

Quelques-unes des vésicules présentent dans leur intérieur un bourgeonnement sarcomateux. Si ce bourgeonnement prend un développement considérable, la vésicule se trouve par là même comblée et détruite.

On rencontre de loin en loin, au milieu de la masse globo-cellulaire, des masses jaunes d'aspect colloïde, d'assez petite étendue d'ailleurs, qui ne sont plus limitées par un cercle d'épithélium. Cela paraît être encore un mode de disparition des vésicules. Enfin, il n'est pas impossible que ces vésicules disparaissent par simple atrophie, après avoir subi un rétrécissement progressif.

Les tumeurs ganglionnaires présentent très nettement l'aspect du sarcome embryonnaire globo-cellulaire. On ne trouve pas trace de stroma. Dans le corps thyroïde, on rencontre au contraire, là où les lésions ne sont pas très avancées, des fibres lamineuses entrecroisées qui semblent supporter les éléments embryonnaires.

Malheureusement, l'examen des pneumo-gastriques n'a pas pu être fait d'une façon suffisante.

Une coupe du pneumo-gastrique droit faite au moment, où, doublé de volume, il pénétrait dans la tumeur, montre qu'il est infiltré par les éléments sarcomateux. Sa gaine celluleuse paraît intacte à ce niveau, mais les faisceaux nerveux sont dissociés et séparés les uns des autres par des amas de cellules embryonnaires. Après imprégnation par l'acide osmique, il semble que les tubes nerveux soient intacts ou peu modifiés à ce niveau.

RÉFLEXIONS. — Il s'agissait dans le cas présent d'un cysto-sarcome du corps thyroïde et d'un sarcome sans doute secondaire des ganglions cervicaux. Les tumeurs malignes du corps thyroïde sont encore mal connues dans leur essence histologique; toutefois, d'après Rose (cité par M. Berger : *Revue des sciences médicales*, 1878), le cysto-sarcome serait une affection fréquente.

Dans le cas présent, la masse de la tumeur observée sur la malade ou considérée en bloc sur la table d'autopsie faisait penser à une tumeur de nature carcinomateuse ou épithéliomateuse. Il s'agissait en réalité d'un sarcome globo-cellulaire. Pendant la vie, la dureté de la tumeur, son étendue, son adhérence à la peau à certains endroits avaient permis d'éliminer l'adénie. Le défaut d'engorgement gan-

glionnaire dans d'autres régions, le petit nombre des leucocytes du sang avaient fait rejeter l'hypothèse, possible au premier coup d'œil, de leucocythémie ganglionnaire.

Il ne restait qu'à considérer comme secondaire la tumeur ganglionnaire du cou, et à supposer que son point de départ était par exemple un épithélioma latent de l'œsophage ou des voies aériennes. La tendance à l'élévation était peu évidente pendant les mouvements de dilatation, et, de ce côté, rien n'attirait particulièrement l'attention sur le corps thyroïde. En cas semblable, le diagnostic restera vraisemblablement toujours aussi indécis.

Il est à remarquer qu'il n'y a pas eu d'accès bien net de suffocation laryngée. Les pneumo-gastriques étaient cependant intéressés dans la tumeur et peut-être même détruits dans une partie de leur étendue. On connaît la tolérance des nerfs pour les causes longtemps prolongées de compression et de destruction. Faisons toutefois remarquer que, dans le cas présent, les cartilages du larynx étant ossifiés dans toute leur étendue, la malade se trouvait à peu près dans la situation des vieux chiens auxquels Longet faisait la section des récurrents.

Malgré la compression des pneumogastriques et leur envahissement par la tumeur, il n'y avait de lésion vers le poumon qu'un certain degré de splénisation, et, dans le lobe droit, un abcès du volume d'une noix. Est-ce là, à l'état de vestige, pour ainsi dire, et sous forme de vacuole, la trace de la broncho-pneumonie si souvent observée dans les cas de lésion pathologique ou expérimentale du pneumogastrique et des récurrents ?

M. LÂNDOUZY fait remarquer que, sans être fréquentes, les observations ne sont pas exceptionnelles dans lesquelles les pneumogastriques ont pu être comprimés sans que la symptomatologie ait révélé aucun phénomène convulsif ou paralytique (aphasie, dysphonie, cornage, etc.).

20. Testicule scléro-gommeux ; par E. BRISSAUD.

Les observations d'orchite syphilitique scléreuses ou scléro-gommeuses ne sont pas rares ; aussi la description clinique de cette affection est-elle une des plus complètes parmi toutes celles qui ont trait à la pathologie du testicule

Il n'en est pas de même, tant s'en faut, des descriptions anatomiques; l'étude des lésions de l'orchite gommeuse, dans les livres classiques, ne repose que sur un très petit nombre de cas, et il n'est pas invraisemblable même que la connaissance plus approfondie des symptômes ait été cause, en partie, de cette pénurie d'observations anatomo-pathologiques. C'est surtout par le côté histologique que pêche l'histoire du testicule syphilitique; à part la description très remarquable de Virchow, condensée en quatre ou cinq pages, et la courte mention accordée par Cornil et Ranvier à ce sujet, on ne trouve rien de précis dans les traités d'anatomie pathologique relativement au sarcocèle syphilitique et surtout à la gomme du testicule.

Deux cas intéressants de gomme du testicule s'étant présentés à notre observation, nous avons pensé qu'il ne serait peut être pas inutile d'en donner une analyse un peu détaillée, ne fût-ce que pour ajouter au nombre si restreint de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

D'ailleurs, une autre considération aurait pu encore nous déterminer à ne pas négliger l'étude de ces deux faits. Comme tant d'autres questions momentanément laissées dans l'ombre, la syphilis du testicule semble redevenir pour beaucoup d'auteurs une question privilégiée. Après les travaux de Ricord et de Fournier, le sujet parut être pour un certain temps épuisé; mais voici qu'une nouvelle série de recherches, confirmant les conclusions formulées par ces maîtres, ou y ajoutant quelques résultats de plus, rajeunissent et complètent l'histoire du sarcocèle syphilitique. Au point de vue clinique, il faut signaler, parmi les travaux qui accusent le plus nettement cette tendance, les mémoires de Nepveu, celui de Reynier et surtout la thèse toute récente de M. Minière, qui renferme le plus grand nombre d'observations qu'on ait encore réunies sur cette matière. Les pages que l'auteur a consacrées à la symptomatologie du fungus sont particulièrement intéressantes. Au point de vue anatomo-pathologique, une étude de M. Hutinel sur les lésions syphilitiques du testicule chez le nouveau-né jette une certaine lumière sur une des parties les plus importantes de la question, jusqu'alors demeurée tout à fait confuse; et, dès 1876, MM. Malassez et Reclus esquisaient

la description de l'orchite chronique syphilitique, qu'ils mettaient en parallèle avec l'orchite tuberculeuse.

Toutes ces publications visent à la détermination exacte des divers modes qu'affecte le processus syphilitique dans le testicule. En d'autres termes et plus explicitement, quelle part revient à la sclérose dans ce processus et quelle part à la gomme?—En ce qui concerne la sclérose, des recherches récentes ayant pour objet des organes autres que le testicule ont permis d'entrevoir la question sous une face toute nouvelle; du moins doit-on considérer que, dans bon nombre de cas, un des principaux éléments pathogéniques des scléroses syphilitiques est cette forme d'*artérite* que Heubner a minutieusement décrite.

Quant à la gomme proprement dite, l'histoire en est autrement obscure que celle de la sclérose; où en trouver un meilleur signe que dans la multiplicité des définitions histologiques que lui ont prodiguées les auteurs? D'ailleurs, même au point de vue de l'anatomie pathologique grossière, les descriptions de produits gommeux du cerveau, du foie, des poumons ou du testicule sont bien loin de toujours se ressembler. A plus forte raison, quand on compare, les uns avec les autres, les comptes-rendus d'examen histologiques relatifs à des gommages, doit-on s'attendre à de grandes divergences. D'autre part, dans une leçon restée justement célèbre, notre maître, M. Fournier, traçant l'histoire du sarcocèle gommeux, disait de sa composition histologique qu'elle « est celle de toutes les gommages. » A l'époque où cette proposition fut énoncée, on pouvait s'en contenter encore, convaincu que l'on était de l'unité de structure des gommages et de la facilité qu'il y avait à en déterminer les attributs microscopiques. A l'heure actuelle, on aurait tort de ne pas se montrer plus exigeant.

Et pourtant, si les gommages syphilitiques ont une constitution malaisée à définir, si même la raison étymologique du mot *gomme* appliqué à un genre spécial de productions morbides, nous échappe en partie ou prête à la controverse, il est certain que, de tout temps, la ressemblance des dépôts gommeux et des foyers tuberculeux a frappé les observateurs. Cette ressemblance est, en de certains cas, prononcée à tel point qu'elle a pu paraître en quelque sorte

génante pour la spécificité de la vérole. Aussi, voit-on que beaucoup de syphiliographes se sont efforcés d'établir avec toute l'exactitude possible les caractères différentiels de ces deux genres de lésions; et, parmi les histologistes, Wagner, Virchow, Baerensprung, Robin, Cornil et Ranvier tentèrent le même but. Aux uns, il sembla que la différenciation était facile : Robin, par exemple, un des premiers, affirma la spécificité de structure de la gomme; Cornil et Ranvier, moins catégoriques et se basant sur des motifs d'un autre ordre, conclurent dans le même sens. D'autres, au contraire, contestant la moindre nuance dans la constitution anatomique des deux produits pathologiques, en vinrent à assimiler la gomme et le tubercule, non point seulement au point de vue morphologique, mais encore au point de vue de la pathogénie et de l'essentialité de l'affection. Cette question fut longuement agitée dans une des principales sociétés savantes de l'Allemagne, et Baerensprung s'y montra l'ardent défenseur de l'unité et de l'identité du tubercule et de la gomme.

Une pareille confusion, difficile à justifier aujourd'hui, s'explique par le fait qu'on avait encore, à l'époque dont nous parlons, une certaine propension à appeler tubercule toute masse caséuse, quelle que fût son origine. Mais, on s'aperçut peu à peu que la transformation caséuse ne s'accomplissait pas seulement aux dépens des productions tuberculeuses, et que bien d'autres *néoplasmes*, pour employer une expression un peu démodée, étaient sujets à une dégénération semblable. Les gommages sont du nombre et au premier rang.

Si nous revenons ainsi sur tout ce passé, c'est parce que des investigations, considérables entreprises depuis peu d'années, sur la structure du tubercule, permettent de rechercher les analogies du tubercule et de la gomme bien plus loin qu'on ne le pouvait faire jusqu'alors; d'autre part, comme l'étude de la tuberculose du testicule en particulier a été poussée très avant par MM. Reclus et Malassez, les points de comparaison entre cette affection et le sarcocèle gommeux ne sauraient plus manquer.

Or, les recherches dont il s'agit ont suggéré aux anatomistes une conception toute nouvelle et très originale du tubercule élémentaire. Dans les descriptions microscopi-

ques, le *follicule tuberculeux* a dorénavant remplacé les formations nodulaires de tissu embryonnaire; il n'est donc pas sans intérêt de s'assurer si la gomme du testicule, abstraction faite de l'orchite interstitielle, est réductible, comme le tubercule, au follicule dit tuberculeux. C'est cette analyse comparative des deux lésions que nous comptons développer davantage dans la description des cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer; mais (en supposant le problème résolu), alors même que le produit gommeux consisterait en une agglomération folliculaire identique à celles de la phtisie, il nous resterait encore à trouver la raison qui fait que souvent une gomme peut être facilement distinguée d'un tubercule à l'œil nu. Nous verrons alors quel rôle il convient d'attribuer dans l'ensemble de la lésion au processus de sclérose interstitielle, et comment la combinaison de ce processus avec le précédent donne au produit pathologique l'aspect caractéristique qu'il revêt quelquefois.

Les pièces anatomiques que nous avons examinées proviennent de deux sujets indubitablement syphilitiques et indemnes de toute autre tare diathésique. Cette dernière condition a été favorable à notre analyse: lorsqu'il s'agit de préciser les signes absolus de lésions sur la valeur desquelles ont peut, à la rigueur, se méprendre, l'unité et l'isolement des altérations simplifient le problème. Il n'y avait donc pas de doutes à avoir à l'égard de la nature du mal. Quant à l'histoire clinique des deux malades, elle ne mérite pas que nous nous y arrétions, et voici, résumées en peu de mots, les particularités qu'on pouvait remarquer à l'œil nu.

Chez le premier de nos deux sujets, un seul testicule était atteint. La glande, dans son ensemble, était augmentée de volume, mais l'épididyme paraissait complètement respecté. Le revêtement séreux de la tunique albuginée, légèrement épaissie, adhérait de toutes parts à la vaginale pariétale, et l'on pouvait voir, sur une coupe verticale, que le tissu sous-jacent avait conservé, à peu de chose près, l'apparence du tissu testiculaire normal; les tubes se laissaient étirer sur presque toutes les parties de la surface de section, sauf au pourtour du foyer gommeux, lequel était constitué de la façon suivante: c'était une masse jaunâtre, grosse comme une noisette, occupant le milieu de la glande, quoique plus

voisine du bord postérieur que du bord antérieur. Cette masse était homogène, mollassse, visqueuse, bourbillonneuse, et remplissait totalement une cavité assez régulièrement sphérique, à laquelle elle adhérait faiblement. Les parois de cette cavité étaient formées d'une matière très analogue à la précédente, mais plus résistante et plus franchement caséeuse, bien que paraissant devoir tomber bientôt elle-même en détritns. Autour de cette enveloppe et la séparant du tissu glandulaire, existait une véritable coque de tissu cicatriciel bleuâtre, nacré, qui s'arrêtait nettement au contact du tissu testiculaire, sans y pousser de prolongements fibreux.

En résumé, la lésion consistait en un dépôt gommeux enclavé dans une sorte de fibrome circonscrit et indépendant de l'albuginée.

Chez le second malade, les deux testicules avaient été frappés, quoique à des degrés différents. Aucun traitement n'avait été suivi; et il n'est pas étonnant que les choses se soient passées alors conformément à la règle générale établie par Ricord et exprimée dans les termes suivants par Fournier: « Abandonné à son évolution propre, le sarcocèle syphilitique présente une tendance remarquable à envahir les deux testicules. » Le testicule gauche, réduit aux dimensions d'une fève, et transformé en un tissu exclusivement fibreux, réalisait le type parfait de ce que Ricord appelait le « haricocèle »; c'était le maximum de rétraction auquel pût aboutir un processus de sclérose atrophique. Une coupe verticale permettait de constater que la constitution de l'organe était totalement transformée, que, nulle part, on n'y pouvait plus reconnaître la moindre agglomération de tubes séminifères, en un mot, que la lésion équivalait à une véritable « castration sous-albuginée ». La tunique albuginée, d'ailleurs, se confondait avec la tunique fibreuse; par conséquent, il ne restait pas trace de séreuse entre les membranes du scrotum et la glande proprement dite. Quant à l'épididyme, il était encore possible d'en préciser les limites, attendu que sa coloration et sa consistance n'avaient pas subi de grandes modifications; c'est à peine s'il avait diminué de volume.

Le testicule droit offrait des analogies remarquables avec celui du premier malade, et voici l'énumération des lésions

communes observées dans ces deux cas : adhérence totale des feuillets de la vaginale ; persistance d'une certaine quantité de tubes séminifères au voisinage de parties devenues complètement fibreuses ; transformation caséreuse d'un produit morbide (dont la nature sera déterminée ultérieurement), qui s'était développé au sein du parenchyme glandulaire, loin de l'albuginée, et, partant, indépendamment de cette membrane ; commencement d'élimination ou de résorption de ce produit caséifié et apparition d'une cavité à contenu bourbillonneux et à parois caséuses elles-mêmes ; enfin, limitation de cette caverne gommeuse par un tissu plus dense, tissu de sclérose ou de cicatrice.

Voilà donc déjà bien des traits de ressemblance, qui, en dehors de toute notion relative à la nature du mal, permettraient d'assimiler les deux observations sous le rapport de l'anatomie pathologique pure et simple. Reste à signaler les différences par lesquelles la seconde lésion s'écartait de la première, et à déterminer la valeur de ces différences au point de vue de l'origine, de la terminaison et de la nature du processus.

Ici, le foyer gommeux était situé plus près du bord antérieur que du bord postérieur de l'organe ; c'est là une nuance sans importance, si l'on considère que l'albuginée, comme dans le cas précédent, était séparée de la lésion par une certaine quantité de parenchyme testiculaire. Mais, le testicule, dans son ensemble, présentait un certain degré d'atrophie, tandis que, dans le testicule de l'autre malade, l'hypertrophie était évidente. Au premier abord, cela paraît être plus qu'une nuance ; et, cependant, la question de volume dans l'histoire du sarcocèle scléro-gommeux est à peu près indifférente. La raison en est simple : sur le second testicule, en effet, on remarquait l'existence de rayons fibreux, convergeant vers le corps d'Highmore, plus serrés et plus denses à la partie moyenne du testicule que dans ses parties supérieure et inférieure. Ces tractus fibreux pouvaient être considérés comme exerçant à la fois une traction et une compression énergiques sur les autres portions de l'organe ; en outre, ils correspondaient eux-mêmes au stade ultime d'un processus d'inflammation interstitielle chronique qui devait se traduire nécessairement par de l'atrophie. Donc, tout ce qu'on peut induire de cette différence relative au volume

des testicules, c'est que, dans l'un, le processus scléreux avait pris une extension plus grande que dans l'autre. — Enfin, la gomme proprement dite, chez le second malade, présentait quelques caractères qu'on ne trouvait pas chez le premier. La portion centrale ramollie était plus diffuente et ressemblait davantage à du pus concrété. La paroi caséeuse avait plus d'épaisseur; elle était sillonnée de trabécules fibreuses formant un réseau dont les mailles étaient remplies d'une substance plâtreuse, d'un jaune verdâtre. En outre, la transition était presque insensible entre cette paroi caséeuse et la coque d'enkystement fibreux où s'arrêtait le foyer gommeux.

Ainsi, dans les deux cas que nous avons examinés, l'altération anatomo-pathologique pouvait être taxée d'*orchite scléro-gommeuse*; et, étant données la généralisation du processus scléreux à la totalité d'un testicule chez l'un de nos malades, et sa *tendance* à la généralisation dans l'autre testicule, il était permis de regarder ce processus scléreux comme le plus important et le premier en date. D'autre part, en considération du volume relativement restreint du produit gommeux dans l'un et l'autre cas, et vu l'enclavement de ce produit au sein des parties fibreuses créées par l'orchite interstitielle, il n'était que naturel d'admettre, conformément à une opinion devenue classique, que la gomme proprement dite s'était développée non pas aux dépens du tissu testiculaire normal, mais aux dépens du tissu scléreux de l'orchite interstitielle.

Est-ce à dire que ces deux observations soient rigoureusement identiques quant à l'évolution du produit morbide? Nullement, et il s'en faut de beaucoup. Si les lésions étaient de même nature dans l'un et l'autre cas, elles n'avaient pas été produites par des causes tout à fait semblables et dans des conditions de tous points comparables. Aussi, pouvons-nous dire déjà du processus scléro-gommeux, ce qu'on a dit du processus tuberculeux : tantôt le sarcocèle scléro-gommeux évolue rapidement, à la manière d'une tuberculose aiguë; tantôt il évolue progressivement, sourdement, à la façon d'une tuberculose chronique et torpide. Dans le premier cas, le bourbillon gommeux était massif et homogène; le tissu de sclérose, où il s'était formé, n'avait envahi qu'une

faible portion de la glande; dans le second cas, les parties caséuses avaient subi la transformation granuleuse, grâce à laquelle le contenu de la caverne gommeuse présentait quelque analogie avec du pus mal lié. De plus, les parois de cette caverne étaient mal limitées à leur périphérie; elles se confondaient insensiblement avec les parties sclérosées du voisinage, lesquelles formaient au centre du testicule une sorte de cicatrice rayonnante dont la rétraction avait progressivement amené l'atrophie de la glande. Enfin, la substance caséuse qui composait ces parois avait l'apparence plâtreuse qui dénote ordinairement la lenteur du processus de dégénération. Elle commençait, selon l'heureuse expression de Cruveilhier à se « minéraliser ». Bref, les deux processus tendaient au même résultat, mais chacun avec une allure distincte.

Si, maintenant, nous mettons ces observations en parallèle avec celles qu'on a publiées jusqu'à ce jour, il nous est facile de relever les points principaux par lesquels elles sont conformes aux descriptions classiques, aussi bien que ceux par lesquels elles s'en écartent.

La première est une reproduction si parfaitement exacte de la forme étudiée par Fournier sous le nom de *sarcocèle scléro-gommeux circonscrit*, qu'une telle analyse comparative nous entraînerait à des redites continuelles. Quant à la seconde observation, elle se rapproche davantage de la description de Virchow, au moins pour ce qui a trait aux lésions scléreuses. Dans le cas que Virchow a choisi pour type, la sclérose du testicule se présentait sous la forme de travées fibreuses rayonnant dans la région moyenne de l'organe, convergeant vers le corps d'Highmore et respectant les deux extrémités du testicule. Telle était, trait pour trait, la disposition des parties devenues fibreuses dans notre second cas. Une reproduction chromolithographiée de cette lésion se trouve dans la thèse de M. Minière, et la ressemblance de cette figure avec celle que Virchow a intercalée dans sa description (fig. 170) est tout à fait frappante.

A quoi tient cette immunité relative des deux extrémités du testicule? Sans doute à leur éloignement du corps d'Highmore lequel est le centre de rayonnement des travées sclé-

reuses. Peu importe d'ailleurs ; l'essentiel est de ne point laisser passer inaperçu ce petit fait anatomo-pathologique, dont la constance est assez remarquable.

M. Fournier, qui a aussi mentionné l'inégale répartition de la sclérose dans l'orchite interstitielle syphilitique, considère que le point de départ de cette sclérose est toujours ou presque toujours la tunique albuginée. Nos observations justifient donc une fois de plus cette opinion ; peut-être, seulement, faudrait-il préciser davantage la localisation initiale de la lésion, et, à cet égard, le cas que nous avons rapporté, joint à ceux de Virchow, de Ricord, de Huber de Menninger, permet d'attribuer au corps d'Highmore l'importance d'un véritable foyer d'irradiation, dans l'évolution de l'orchite chronique spécifique.

Pour ce qui concerne le foyer gommeux lui-même, nos observations se distinguent sensiblement de celles qu'on a publiées jusqu'à ce jour, et en particulier de celles de Virchow, qui ont servi à établir l'histoire classique de la gomme du testicule. En effet, si la sclérose a pour point de départ ordinaire l'albuginée, nous croyons que Virchow est trop exclusif en localisant à cette même membrane le processus initial des néoformations gommeuses. Le fait est que, sur les deux pièces pathologiques que nous avons eues entre les mains, les gommes étaient situées *en pleine glande* et assez loin de l'albuginée pour que celle-ci ne fût point mise en cause. La différence dont il s'agit n'est pas sans importance, si l'on réfléchit que pendant longtemps la pathogénie du fongus a reposé sur la superficialité des gommes.

Enfin, pour avoir occupé une situation profonde à l'intérieur du testicule, il n'est pas dit que les deux gommes que nous venons de décrire n'eussent point été capables de donner lieu à un fongus. Contrairement, en effet, à un préjugé qui veut que les gommes profondes ne se ramollissent et ne suppurent pas, elles étaient l'une et l'autre parfaitement ramollies ; et l'une d'elles, assez voisine de l'albuginée, quoique n'y touchant pas encore, se serait très aisément fait jour à la surface du scrotum ; cela d'autant plus facilement qu'il existait une synéchie totale des deux feuillets de la vaginale.

L'étude microscopique des trois cas dont nous venons de donner la description a porté sur un grand nombre de

coupes horizontales et verticales pratiquées dans les diverses parties de la glande, de telle sorte qu'il ne nous semble pas qu'aucune chose essentielle ait pu nous échapper. Pour colorer ces coupes, nous nous sommes servi du picrocarmin, qui demeure toujours le meilleur réactif lorsqu'il s'agit de pièces pathologiques préalablement durcies dans la gomme et l'alcool. Nous avons jugé qu'il était inutile d'étudier isolément les trois testicules qui font l'objet de ce travail, et qu'il valait mieux confondre les trois descriptions en une seule, vu leur grande similitude. Cette synthèse, d'ailleurs, permet d'esquisser immédiatement l'évolution du processus en passant en revue successivement les parties les moins malades, puis celles qui le sont davantage.

Enfin, comme les lésions de la sclérose et celles de la gomme sont de nature complètement différente, nous avons aussi pensé qu'il y avait avantage à parler séparément des unes et des autres, quitte à établir ultérieurement leurs relations réciproques. L'altération scléreuse étant la première en date, c'est par celle-ci que nous commencerons.

I. Lésions scléreuses. — Nous avons dit que la sclérose était inégalement distribuée au sein du testicule; que, dans certaines portions, les tubes étaient encore reconnaissables, et pouvaient être facilement étirés; que, dans d'autres parties, le tissu glandulaire avait fait place à un tissu fibreux diffus et relativement lâche; enfin que, vers le centre, la sclérose atteignait une grande consistance et une condensation analogue à celle des tissus de cicatrice. A ces trois principaux aspects de la lésion correspondent évidemment trois degrés d'un même processus, qu'il convient d'envisager à tour de rôle pour simplifier l'analyse.

A. — Premier degré. Les tubés séminifères ne sont pas très différents de l'état normal. Leur contenu cellulaire consiste en éléments polymorphes répondant aux différents stades de la spermatogénèse, c'est-à-dire en séries de cellules subissant progressivement les transformations connues qui aboutissent à la constitution des cellules-mères. Or, les cellules-mères ne sont autre chose que des spermatoblastes détachés de la paroi, et il y a tout lieu de croire que les spermatozoïdes peuvent se former aux dépens de ces éléments comme aux dépens des spermatoblastes encore

adhérents. L'examen histologique confirme donc ici l'opinion presque classique de la conservation de la sécrétion spermatique, dans les cas de sarcocèle syphilitique où la lésion n'est pas assez généralisée pour équivaloir à « une castration sous-albuginée. »

Il est vrai d'ajouter que les portions de la glande où l'on constate la persistance de ce travail spermatogénique sont relativement très restreintes. En effet, même dans les points où les tubes séminifères peuvent encore être facilement étirés, le contenu de ces tubes a perdu ses qualités anatomiques et physiologiques normales. Les tubes en question sont dilatés, ce qui doit tenir à leur oblitération par des travées scléreuses sur un segment quelconque de leur trajet; dans ces conditions, on reconnaît bien encore à leur surface interne des éléments normaux, mais des éléments qui sont en quelque sorte indifférents : ce sont des cellules polyédriques à gros noyau granuleux, comme on en observe dans les testicules d'adolescents, alors que la formation du sperme ne s'est pas encore produite.

Enfin, dans d'autres tubes, on voit s'accomplir une dégénération granulo-graisseuse du contenu épithélial qui marque déjà un degré d'altération plus avancé, et qui, très vraisemblablement, tient à la stérilisation de la membrane propre sous l'influence du travail de sclérose.

Le tissu interstitiel, dans les portions où les tubes séminifères présentent les caractères qui viennent d'être signalés, ne diffère pas très sensiblement de l'état sain. On y distingue très nettement les travées celluleuses à revêtement endothélial, qui forment la série de gaines anastomosées, à laquelle M. Malassez a donné le nom parfaitement juste de tissu engainant. Mais, déjà certaines modifications s'accomplissent au pourtour des vaisseaux capillaires, particulièrement dans les cellules si caractéristiques appelées cellules interstitielles, dont M. Tourneux a fait récemment une étude complète. Ces cellules qui, à notre avis, sont des éléments conjonctifs spéciaux *annexés aux capillaires*, présentent tous les caractères d'une inflammation proliférative : leurs noyaux se divisent et se multiplient, leur protoplasma devient plus granuleux et se segmente, et, par le fait de cette augmentation de nombre, les intervalles des tubes se remplissent d'amas cellulaires périvasculai-

res beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal. D'ailleurs, la surface endothéliale des travées n'est encore le siège d'aucune modification appréciable, de telle sorte que tout le processus semble circonscrit aux *cellules interstitielles*.

R. — Deuxième degré. Les portions de testicule qui correspondent à ce stade de l'altération sont celles où la sclérose est déjà manifeste, sans qu'il s'agisse encore d'une véritable substitution fibreuse; en tous cas, les tubes séminifères ne peuvent plus être étirés.

Le contenu de ces tubes est représenté par une agglomération d'éléments uniformes, d'apparence épithéliale, à protoplasma granuleux et à noyaux clairs et cependant granuleux eux-mêmes.

Cette uniformité de constitution des cellules intra-tubulaires exclut forcément l'idée de persistance du travail spermatogénique. Par places même, les cellules semblent se confondre les unes avec les autres, et ne représentent plus qu'une masse confuse où l'on distingue des noyaux épars. Certains tubes présentent une particularité remarquable, qui consiste en une modification radicale de la nature de leur contenu. Les éléments séminifères y sont remplacés par une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, dépourvues de cils vibratiles. La présence de tels éléments au sein du parenchyme testiculaire, où on n'en rencontre jamais dans l'état physiologique, ne peut guère s'expliquer par une mutation fortuite des cellules destinées à la formation des spermatozoïdes. Aussi pensons-nous qu'il faut attribuer ce phénomène bizarre à une prolifération de l'épithélium du corps d'Highmore, lequel est certainement le lieu d'origine et le point de départ du développement des cônes épидидymaires; et, en effet, à part l'absence des cils vibratiles, les éléments épithéliaux dont il s'agit ressemblent beaucoup à l'épithélium normal des cônes de l'épididyme.

Un fait qui caractérise histologiquement ce second degré de la lésion consiste en un épaississement très notable de la paroi propre des tubes. A l'état normal, c'est à peine si, avec le secours des objectifs les plus puissants, on arrive à distinguer cette membrane sur les coupes transversales : ici, au contraire, elle augmente considérablement d'épaisseur et paraît constituée par des fibrilles excessivement

minces, très fortement serrées les unes contre les autres et colorées en rose clair par le picrocarmin. A mesure que l'épaississement s'accuse, le calibre du conduit se rétrécit, et, en certains points, la lumière du tube séminifère est moins large que la membrane propre. Celle-ci alors présente une constitution absolument fibreuse et l'on peut y reconnaître des noyaux.

Quant au tissu interstitiel, il a subi des modifications prononcées : les agglomérations de cellules précédemment signalées forment entre les tubes une charpente d'union fortement condensée, qui fait disparaître les espaces lymphatiques péricanaliculaires, en accolant leurs parois les unes contre les autres. En outre, ces éléments s'allongeant dans le sens des travées conjonctives qui servaient de substratum à toutes les surfaces lymphatiques, prennent les caractères des éléments fusiformes, et, de la sorte, arrivent à former dans leur ensemble un véritable tissu fibreux, compacte, où il est presque impossible de reconnaître l'ancienne structure de la trame du testicule.

Quant aux vaisseaux, capillaires ou artériels, ils sont tous enveloppés par la même gangue fibreuse, mais aucun d'eux n'est oblitéré ; et, comme en somme c'est aux dépens des cellules interstitielles (que nous avons dit être des éléments adventices des vaisseaux) que s'accomplit le processus de sclérose, on peut taxer de *périvascularite capillaire* le phénomène morbide initial qui donne lieu à cette sclérose.

C. — Troisième Degré. Il ne s'agit plus désormais que des lésions les plus avancées, c'est-à-dire de celles qui transforment le parenchyme du testicule en tissu fibreux. Dans le testicule atrophié de notre seconde observation, l'altération, dans sa totalité, répondait à ce degré ultime du processus.

Il n'existe plus ou presque plus de cellules épithéliales dans l'intérieur des conduits séminifères. Ceux-ci, en effet, sont transformés du tout au tout ; leur paroi propre s'est augmentée dans des proportions colossales ; elle consiste en une sorte de gros anneau fibreux très dense, au centre duquel on ne distingue qu'une très faible quantité de substance protoplasmique granuleuse avec deux ou trois noyaux en voie d'atrophie. Quelques-uns de ces tubes même sont dépourvus de lumière centrale, tant est exagérée l'hyper-

trophie concentrique ; et, lorsqu'on les examine dans le sens longitudinal, ils n'apparaissent plus que sous la forme de gros cordons fibreux colorés en rose, parsemés de noyaux à prolongements étoilés, tout comme s'il s'agissait d'une section transversale de tendon. Quelques-uns d'entre eux seulement sont divisés par une sorte de fente linéaire qui représente le seul vestige de l'ancienne cavité dont ils étaient creusés.

Le tissu interstitiel se confond avec ces cordons fibreux par une série de couches d'éléments fusiformes, agglomérés en faisceaux aplatis, au milieu desquels on voit circuler quelques rares vaisseaux. Ces éléments ne sont évidemment autre chose que les anciennes cellules interstitielles transformées en cellules fusiformes ; mais, quel que soit le degré d'intensité de la sclérose, il nous a toujours semblé possible de différencier la trame fibreuse intercalée entre les tubes et le tissu fibreux qui représentait les tubes eux-mêmes.

La perméabilité des vaisseaux est conservée jusqu'à cette phase superlative du processus de sclérose : on s'en rend compte aisément grâce à la présence des hématies qui les remplissent. Mais, l'immense majorité de ces vaisseaux ont des parois exclusivement fibreuses, et c'est à peine si l'on en reconnaît quelques-uns dont la tunique musculaire ait été partiellement conservée.

En résumé, la sclérose syphilitique du testicule a pour point de départ une prolifération des cellules interstitielles, dites cellules plasmiques, qui entourent le réseau sanguin sur tout son parcours et dans toutes ses ramifications. Ce travail de prolifération aboutit à la formation d'un tissu fibreux qui se substitue aux gaines lymphatiques des tubes séminifères. Parallèlement à cette évolution anatomo-pathologique dont la trame conjonctive du testicule est le siège, on voit s'accomplir un processus analogue dans la membrane propre des tubes : d'où résulte l'oblitération des canaux formateurs du sperme et leur condensation en masse.

II. *Lésions gommeuses.* — Dans le tissu intercalé entre les cordons fibreux dont la description précède, on distingue çà et là des foyers microscopiques de prolifération nu-

claire localisés surtout au pourtour des vaisseaux sanguins. Ces foyers consistent, à leur origine, en agglomération de petits éléments fortement colorés, déposés avec un certain ordre au pourtour des capillaires ou des artérioles. De ces points de départ émanent des trainées plus ou moins confluentes de noyaux, qui s'insinuent entre les strates fibreuses du tissu de sclérose. Les vaisseaux qui sont ainsi des foyers d'inflammation circonscrite au sein des masses indurées, sont tantôt d'un très petit calibre, tantôt d'un calibre considérable; mais, ces derniers étant dépourvus, ainsi que nous l'avons dit, de leur tunique musculaire, leurs dimensions seules permettent de les reconnaître pour des artères. Or, nulle part, on ne constate d'oblitération par végétation de la surface endothéliale; c'est donc, ici encore, un travail d'inflammation périvasculaire qui préside à la formation ou au développement de ces foyers.

Suivant qu'un vaisseau de petit calibre ou qu'un vaisseau de gros calibre sera affecté, les nodules embryonnaires en question, seront de petite ou de grande dimension: les uns peuvent n'avoir que 20 millièmes de millimètre de diamètre, les autres atteignent 80 ou 100. Quoi qu'il en soit, bon nombre d'entre eux, consistant en une agglomération très compacte d'éléments jeunes, présentent à leur centre une aire opaque, trouble, que le picrocarmin ne colore plus qu'en jaune, et au milieu de laquelle on distingue très nettement une ou deux cellules géantes, identiques à celles du tubercule.

Dans certaines portions de la glande, ces foyers dissocient la trame scléreuse, et en écartent au loin les faisceaux. Ailleurs le tissu scléreux paraît même faire complètement défaut, et une vaste partie de la préparation peut ne représenter exclusivement qu'une grande masse de cellules embryonnaires proliférant avec activité, et parsemée de taches caséuses. A chacune des taches correspondent une ou plusieurs cellules géantes.

Si on examine des préparations soigneusement lavées au pinceau, on se rend compte que ces foyers sont formés, quant à leur trame, par un tissu réticulé excessivement délicat. Il existe donc une analogie tout à fait frappante entre l'altération dont il s'agit et les formations folliculaires de la tuberculose vulgaire; l'analogie est telle qu'il est

même inutile d'insister davantage sur cette description. Un point seulement mérite d'être spécialement relevé.

Les parois du foyer gommeux qui, dans la seconde observation, formaient la grosse masse ramollie du centre du testicule, n'étaient composées absolument que par la réunion d'une foule innombrable de petits foyers identiques à ceux dont nous venons d'esquisser la structure; mais, cette agglomération n'était pas homogène; les follicules munis chacun de leur cellule géante enclavée dans une masse caséeuse et entourés d'éléments embryonnaires, étaient réunis par groupes en nombre variable; et tous ces groupes étaient séparés les uns des autres par des travées fibreuses assez épaisses. Dans certains groupes, la dégénération caséeuse était presque totale; dans d'autres, au contraire, elle était localisée au centre de l'agglomération folliculaire. Ces variations dans le processus dégénératif expliquent suffisamment les différences de coloration du bourbillon gommeux et des parois également caséeuses qui le circonscrivaient.

En somme, pour ce qui concerne la néoformation gommeuse, tout se résume en un développement folliculaire complètement indépendant du processus de sclérose; et ce développement de follicules s'accomplit soit sous la forme de nodules miliaires, soit sous la forme de nodules conglomérés, destinés les uns et les autres à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Nous passons sous silence ce qui est relatif à l'épididyme où les lésions de la sclérose ne s'étaient propagées que par contiguité, et ne présentaient rien que de banal.

Il ne nous reste donc plus qu'à envisager les relations du néoplasme gommeux avec le tubercule et qu'à préciser, si faire se peut, les conditions du diagnostic microscopique de ces deux produits morbides.

A l'époque où Bœrensprung affirma l'identité microscopique des tubercules caséeux et de la gomme syphilitique, il n'était pas encore question de la constitution folliculaire des tubercules primitifs. Les travaux de l'école française n'avaient pas encore paru; la doctrine de Niemeyer sur la phthisie commençait seulement à se répandre et déjà déroutait les esprits; bref, c'était sur un ensemble de données assez vagues, il faut bien le reconnaître, que l'auteur allemand

établissait cette assimilation anatomique du tubercule et de la gomme.

Vint ensuite une période de transition; marquée surtout par les recherches innombrables dont la cellule géante fut, pendant quelques années, l'exclusif objet.

D'abord considérée comme le seul critérium histologique de la tuberculose, la cellule géante semblait devoir remplacer l'*élément tuberculeux* dont Lebert avait tenté vainement de préciser la spécificité morphologique. Il était fatal cependant qu'une réaction succédât à un tel engouement. De toutes parts, on s'éleva contre les conclusions de Schüppel, de Friedländer, de Köster, et chacun s'appliqua à démontrer qu'une foule de productions morbides, fort différentes les unes des autres par leur nature ou par leurs causes, renfermaient des cellules géantes : si bien que certains auteurs en vinrent à ne les plus considérer que comme des éléments *nécessaires* de toute inflammation prolifactive. Parmi les productions morbides où leur présence fut constatée, la gomme syphilitique doit être mentionnée en première ligne.

En effet, dès l'année 1873, au plus fort de l'enthousiasme germanique qu'elles avaient provoqué, Bizzozero les signale dans un cas de « tumeur syphilitique du pied ». En 1875, Griffini les décrit dans une observation intitulée : *lichen syphilitique*. L'année suivante, Baumgarten rapporte un cas d'infiltration gommeuse du testicule qu'on croit devoir traiter par l'ablation de l'organe, ce qui lui permet d'observer, dans les préparations microscopiques de la lésion « de superbes cellules géantes ». Il compare avec ces préparations d'autres pièces de sa collection qui portaient l'étiquette d'*orchite gommeuse*, et, dans celles-là également, il retrouve les cellules géantes; il les retrouve encore sur des coupes d'*orchite interstitielle syphilitique*, préparées par Recklinghausen et Neumann. Un an ne s'est pas écoulé que le même auteur relate un fait de plus : il observe des cellules géantes dans des foyers gommeux multiples du foie, du cerveau, du tibia, etc. Presque en même temps Browiez et Brodowsky les signalent aussi, chacun pour son compte, dans des gommages cardiaques.

Toutes ces publications dépossédèrent bientôt la cellule géante de son prestige d'*élément tuberculeux* spécifique

La critique fut même trop sévère. Si, en effet, les cellules géantes peuvent être envisagées comme des variétés de ce qu'on appelle encore quelquefois *plaques à noyaux multiples*, il n'en est pas moins vrai que dans le tubercule leur forme, leurs dimensions et leur mode de coloration sous l'influence du picro-carmin présentent des particularités qu'on rencontre rarement ailleurs. La syphilis seule, peut-être, reproduit le même ensemble de caractères.

Aujourd'hui il est définitivement admis que la cellule géante est dépourvue, anatomiquement parlant, de toute spécificité tuberculeuse; mais on lui reconnaît toutefois la valeur d'un point de repère précieux dans la détermination microscopique du tubercule élémentaire, et, comme elle siège presque invariablement au centre de celui-ci, sa présence permet de reconnaître plus aisément la disposition et le groupement des autres éléments qui, tous ensemble, constituent le follicule. Or, c'est dans la totalité du follicule et non dans les éléments dont il se compose que réside la caractéristique vraie de la tuberculose.

La question qui se pose est donc de savoir si le follicule tuberculeux, dans le testicule, peut être distingué du follicule gommeux. Sans être trop catégorique, nous croyons qu'on peut répondre par l'affirmative.

Dans la tuberculose du testicule, où la formation folliculaire est excessivement nette, le point de départ ou le centre du processus, ainsi que l'a fait voir M. Malassez, est toujours un tube séminifère (on peut facilement s'en rendre compte en examinant les parties de la lésion où le mal est de date récente); et c'est aux dépens des parois séreuses de ces tubes que s'accomplit la prolifération initiale des éléments destinés à former une granulation.

Dans la syphilis, il est impossible qu'il en soit de même, puisque l'altération primordiale consiste en une sclérose interstitielle qui supprime les surfaces séreuses du tissu engainant péritubulaire, et qui réduit les tubes séminifères à l'état de cylindres fibreux. Le point de départ de la formation folliculaire, ici, c'est le vaisseau sanguin, d'une manière générale, et en particulier les capillaires de grand calibre, lesquels, à un examen superficiel, pourraient être aisément confondus avec des tubes séminifères altérés.

Ainsi, dans la vérole, le développement des follicules est

secondaire à la sclérose ; dans la tuberculose, il est au contraire primitif, et la sclérose n'est qu'une altération accessoire. Or, il n'est pas très difficile de déterminer dans quel ordre s'est faite cette double évolution, en considérant attentivement les lésions les plus jeunes.

D'ailleurs, dans la syphilis tertiaire, les transformations scléreuses des parenchymes sont toujours antérieures aux dégénération gommeuses, et nous avons pu nous assurer que dans le foie et le cerveau, aussi bien que dans le testicule, les foyers de caséification n'occupaient que des parties sclérosées.

Faut-il donc considérer les gommages comme des tubercules locaux, évoluant dans une sorte de tissu inodulaire et, partant, dépourvues de toute tendance à la généralisation ? Voilà un problème que nous n'essaierons certainement pas de résoudre, mais dont il n'est pas inutile de formuler l'énoncé. Au demeurant, ce n'est pas la première fois que la question se pose, et nous ne faisons que reproduire, dans une étude microscopique, une considération émise depuis longtemps par les cliniciens et les anatomo-pathologistes, dans des termes presque identiques.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, que la lésion, appelée *gomme*, consiste en une prolifération à tendance dégénérative qui rappelle à beaucoup d'égards le processus de la tuberculose proprement dite ; qu'elle diffère de celle-ci par son lieu d'origine, lequel est nécessairement un tissu de sclérose ; que la dégénération caséuse qui la caractérise ne se fait pas aux dépens de ce dernier tissu, mais aux dépens de la formation folliculaire surajoutée au processus de sclérose interstitielle ; enfin que c'est uniquement à la combinaison de la néoplasie fibreuse avec les follicules destinés à se caséifier que les gommages syphilitiques doivent l'aspect spécial qui permet le plus souvent de les différencier, à l'œil nu, des tubercules vulgaires.

D'ailleurs, s'il reste dans l'anatomie pathologique du testicule scléro-gommeux quelques points obscurs, nous avons la certitude qu'ils seront élucidés prochainement. MM. Reclus et Malassez préparent, sur cette question, un travail qui aura pour base un nombre d'observations très

supérieur à celui dont nous disposons ; et nous serions heureux si nos conclusions concordaient avec celles de nos maîtres.

M. LANDOUZY demande si la coïncidence de la lésion syphilitique gommeuse et de la lésion tuberculeuse caractérisée par une zone de follicules tuberculeux enveloppant la gomme, peut être considérée comme correspondant à une coïncidence pathologique.

M. BRISSAUD dit qu'il n'a pas la prétention de résoudre avec un seul fait une aussi grave question de pathologie générale, il a seulement voulu donner la description de la morphologie de la lésion.

M. RECLUS dit que l'examen microscopique démontrait bien la nature syphilitique de la lésion développée sur un sujet, d'ailleurs, très nettement syphilitique. Du reste, le testicule était seul malade, et on sait que la loi posée par Ricord ne souffre guère d'exception : il n'y a jamais de tubercule dans le testicule sans qu'il y en ait dans l'épididyme ; après de nombreuses recherches bibliographiques, il n'a trouvé que trois cas, chez des enfants, où il y avait des tubercules dans le testicule sans qu'il y en eût dans l'épididyme, et il s'agissait de tubercules miliaires. Quant à la question de structure histologique, il ne la discute pas, mis il pense que M. Malassez, qui s'en est beaucoup occupé, voudra bien éclairer la Société à ce sujet.

M. MALASSEZ : Je ne peux pas ne pas prendre la parole puisque je suis pour ainsi dire mis en demeure de le faire ; mais, ce sera pour déclarer qu'il s'agit là d'une question très difficile et qui exige la plus grande prudence. On ne peut d'ailleurs pas engager une discussion sur la description de préparations qu'on n'a pas vues, car la moindre inexactitude d'interprétation ou d'exposition peut engendrer des malentendus.

Les lésions syphilitiques du testicule sont très variables, celle que vient de décrire M. Brissaud ne peut pas être considérée comme un type, ce n'est même pas un cas ordinaire. Le type de la lésion répond à la description de Virchow. Le testicule peut être à peu près sain, d'autrefois, il est sclérosé au voisinage de la gomme ; entre les lésions scléreuses et

les lésions gommeuses, on trouve des couches très intéressantes, les unes sont des produits du processus syphilitique, les autres sont dues à la réaction du tissu sain contre le tissu pathologique.

M. BRISSAUD insiste sur ce que, dans le cas en question, les deux extrémités de l'organe n'offrent point de lésions syphilitiques, les tubes sont facilement étirables et sont tellement larges qu'il n'y a qu'une oblitération qui puisse rendre compte d'une semblable dilatation. On peut constater, dans ces mêmes parties, la persistance du travail spermatogénique.

M. RECLUS dit qu'il n'est pas rare de trouver saines les deux extrémités de l'organe dans le testicule syphilitique, sur une coupe, on voit ces parties faire hernie.

21. Hépatite diffuse liée probablement à l'intoxication palustre des pays chauds. — Tuberculose pulmonaire ; par M. VARIOT, interne des hôpitaux.

Nous croyons devoir donner en raccourci l'observation clinique de cette malade, et nous insisterons plus spécialement sur l'étude anatomique de son foie. Il s'agit d'une femme de 41 ans, lingère, couchée au n° 16 de la salle Saint-Joseph, à la Charité, service de M. RAYNAUD.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents de famille ni dans les siens propres, jusqu'à son départ pour l'Amérique du sud, il y a trois ans et demi. Huit jours après son arrivée à Rio-de-Janeiro, où plutôt aux environs de cette ville, elle fut prise de violents accès de fièvre avec frissons, chaleurs et sueurs. Elle prétend même avoir perdu connaissance pendant quelques-uns de ses accès. Quoi qu'il en soit, elle fut traitée par le sulfate de quinine. Peu de temps après la cessation de ces accidents, apparut une diarrhée très intense qui l'affaiblit beaucoup; les renseignements qu'elle nous donne sont trop incomplets pour que nous puissions croire à une dysentérie.

La malade revint à Paris vers la fin de 1878.

Depuis ce temps, elle est sujette à des diarrhées à répétition, et, fréquemment, elle vomit après ses repas ou en dehors de ses repas; l'année dernière, notamment, elle vomissait presque immédiatement après avoir mangé, et d'une façon constante; c'est même à cette cause qu'elle attribue son état de faiblesse. A deux reprises, depuis son retour en

France, elle a eu de l'ictère ; mais, jamais, elle n'a éprouvé de douleurs bien vives dans l'hypochondre droit. Enfin, nous apprenons qu'elle a été enfermée, pendant quelque temps, dans une maison de santé pour des accidents de manie.

Elle entre à la Charité le 15 mars. Elle est amaigrie, son faciès est cachectique, d'une teinte jaune terreuse. Les conjonctives sont un peu subictériques; toute la surface cutanée offre la même coloration. Elle est dans un état de torpeur et d'abattement qui rend bien difficile l'interrogatoire. La parole est lente, la langue est un peu tremblante. Tous les membres sont endoloris. Elle se plaint de tousser beaucoup et d'être très faible ; elle dit avoir eu plusieurs crachements de sang. Dans son crachoir, quelques crachats nummulaires, le reste de l'expectoration est fluide et filant. La percussion et l'auscultation permettent de constater de la façon la plus nette des signes de tuberculose au 2^e degré, dans le sommet droit et surtout en arrière.

L'appétit est nul, la diarrhée semble avoir disparu ; les matières sont décolorées, semblables à du fromage ; il est vrai qu'elle ne prend guère autre chose que du lait. Epistaxis assez fréquentes. Le foie, à la pression, est douloureux ; à la percussion, on remarque qu'il déborde de 1 à 2 travers de doigts les fausses côtes ; matité verticale mamelonnaire de 14 centimètres. Le ventre est un peu ballonné. Les urines sont d'un jaune brun foncé, colorent fortement le linge ; mais on n'y trouve pas les matières colorantes habituelles dans les urines ictériques. Ni la teinture d'iode, ni l'acide nitrique ne font apparaître la coloration verte ?

La menstruation est supprimée depuis un an. La fièvre est assez intense ; 39°,5 le soir à 38°,2 le matin. Pendant son court séjour dans nos salles, on lui administra le sulfate de quinine à haute dose, mais son état ne s'amenda pas. Bien que la température baissât, les lésions pulmonaires continuèrent à faire des progrès ; gagnèrent un peu le côté gauche, la torpeur augmenta, les jambes s'infiltrèrent de sérosité, l'ictère s'accrut plutôt, elle succomba le 24 mai.

AUTOPSIE. — On trouve dans les *poumons* les lésions tuberculeuses constatées pendant la vie. Au sommet droit, quelques cavernules avec infiltration tuberculeuse périphérique diffuse. Dans les différents lobes du poumon gauche, 5 ou 6 noyaux caséux. Infiltration ecchymotique dans le grand cul-de-sac de l'estomac ; plaques de même apparence assez étendues, disséminées dans l'intestin grêle et le gros intestin ; tous ces organes sont putréfiés.

Bien dans le cœur; dans l'aorte, plaques d'endartérite.

Le foie pèse 2 kilos 350; sa forme n'est pas modifiée, sa surface est tout à fait lisse, sa couleur est d'un jaune uniforme très clair. Le parenchyme est un peu résistant, il se laisse difficilement déchirer si l'on y enfonce le doigt. A la coupe, la coloration diffère un peu suivant les endroits; tantôt on voit la même teinte uniforme qu'à la surface, tantôt on observe des taches de la dimension d'un pois, très confluentes, d'une coloration jaune plus foncée tranchant sur le tissu voisin. La vésicule et les conduits biliaires sont intacts; nous nous sommes assuré, par une dissection attentive, de la perméabilité de ces derniers. La rate est volumineuse et diffuente; elle pèse 300 grammes.

Examen histologique. — Bien que l'autopsie ait été faite au bout de 36 heures, tous les organes étaient dans un état de putréfaction avancée; plusieurs fragments du foie, pris dans la portion uniformément jaune ou dans la portion tachetée de jaune, ont été placés immédiatement dans l'alcool absolu, tant pour arrêter la putréfaction que pour les durcir. Après avoir achevé le durcissement par les moyens habituels, nous avons pu faire des coupes au bout de quelques jours.

Ces coupes, examinées à un faible grossissement, offrent une apparence qui permet à peine de reconnaître le parenchyme hépatique; on ne distingue plus ni la forme, ni les contours des lobules, non plus que leur veine centrale. Dans ce tissu, où il est difficile de s'orienter, on remarque des bandes de tissu scléreux fortement colorées par le carmin, qui se coupent en divers sens; la plupart des cellules hépatiques sont remplacées par des vésicules adipeuses. De distance en distance, il existe quelques vacuoles creusées irrégulièrement au milieu de ce tissu et qui sont dues au dégagement de bulles de gaz putrides. A un plus fort grossissement, on constate que les bandes fortement colorées, sont formées de fibres conjonctives serrées.

On voit en outre se détacher de ces travées quelques faisceaux fibreux pénétrant entre les cellules adipeuses. Nulle part on ne distingue de cellules hépatiques intactes; la plupart sont remplacées par de grosses vésicules adipeuses. Le noyau des cellules est assez souvent conservé. Quelques îlots de cellules non graisseuses, mais très atrophiées, sont parsemés dans le tissu fibreux. Bon nombre de ces cellules sont infiltrées de pigment biliaire jaune; pas de mélanémie proprement dite. Enfin, de rares conduits biliaires

avec leurs petites cellules rangées en série peuvent être observés.

Sur des préparations soumises à des vapeurs d'acide osmique, on se rend mieux compte de l'énorme quantité de graisse qui s'est substituée aux éléments normaux. A part les travées conjonctives et quelques foyers de cellules embryonnaires, toute la coupe ne montre que de grosses vésicules noires.

Nous avons soumis au pinceautage quelques-unes de nos coupes; les vésicules de graisse tombent et on retrouve seulement la charpente connective. Les bandelettes fibreuses sont réparties sans aucun ordre, elles s'entrecroisent au centre comme à la périphérie des lobules sans qu'il soit possible de distinguer ces derniers les uns des autres. Au reste, ces bandelettes ne sont pas très épaisses. Après qu'on s'est débarrassé ainsi de la graisse, apparaissent des mailles fines constituées par les capillaires auxquels s'est ajoutée une quantité notable de fibres lamineuses avec quelques noyaux.

RÉFLEXIONS.— En résumé, cette lésion complexe est celle d'une cirrhose diffuse avec prédominance considérable de l'infiltration graisseuse dans les cellules hépatiques. Nous n'avons pas constaté l'altération pigmentaire habituellement relevée dans le cas de cirrhose due à l'intoxication palustre.

Notre excellent maître, M. Lancereaux, a décrit certaines formes de foie gras chez les alcooliques, avec sclérose peu avancée, n'ayant pas déterminé d'aspect granuleux de la surface, qui nous paraissent se rapprocher singulièrement de cette variété d'hépatite que nous sommes tentés cependant de rapporter, chez notre malade, à des accidents d'intoxication palustre contractés dans les pays chauds. Cependant, après avoir lu attentivement le récent travail de M. Hutinel, sur le même sujet, nous remarquons une telle analogie entre les observations qu'il publie et la nôtre que nous restons dans le doute.

Peut-être cette femme avait-elle des antécédents d'alcoolisme qui ont pu nous échapper, à cause de l'état cérébral dans lequel nous l'avons vue ?

Le Secrétaire,

CH. FÉRÉ.

JUIN

Séance du 3 juin 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

1. Pleurésie aréolaire avec pneumonie chronique et péricardite purulente ; par P. L. LE GENDRE, interne provisoire.

Jean Fosse, infirmier, 58 ans, entre le 4 mai dans le service annexe de Cochin. C'est un alcoolique avéré; il a le matin d'abondantes pituites et des cauchemars toutes les nuits. En 1848, il aurait eu un chancre, sans manifestations syphilitiques ultérieures; vers la fin de 1880, il aurait été soigné à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Sée pour une bronchite (dit la statistique); pourtant, il avait à cette époque les membres inférieurs et les bourses enflés.

Deux jours avant son entrée, il a éprouvé une douleur dans le côté droit de la poitrine, puis, de la dyspnée; il expectore des crachats rares et visqueux.

5 mai. On entend des frottements pleuraux à la partie antérieure et latérale du poumon droit. T. M. 38°, 2. T. S. 39°.

6 mai. Bouffées de râles crépitants dans la même région. Toux quinteuse, dyspnée croissante; pourtant, la pleuro-pneumonie paraissait évoluer dans un sens favorable, au point de vue des signes locaux, bien que l'état général restât mauvais, lorsque, le 12, on constata du frottement péricardique, donnant un bruit de galop très net. T. M. 38°, 3. T. S. 38°, 7.

15 mai. Diarrhée, soif vive, toux pénible et fréquente, expectoration nulle, intermittences du pouls et du cœur. Frottement péricardique toujours très net, râles sous-crépitaux humides disséminés dans le poumon droit. T. M. 39°. T. S. 39°, 2.

22 mai. Les bruits du cœur sont devenus peu à peu sourds et lointains; on ne perçoit plus ni le choc de la

pointe, ni le bruit de galop. La matité précordiale est très étendue et la voussure marquée à ce niveau.

23 mai. Orthopnée ; œdème pérिमalléolaire, albuminurie.

25 mai. Vomissements plusieurs fois répétés ; refroidissement et cyanose des extrémités. — Mort, le 27.

AUTOPSIE. — Le *péricarde*, dont les 2 feuillets sont unis dans toute leur étendue par des néo-membranes qui cloisonnent la cavité, contient 500 grammes de pus couleur café au lait.

Entre les deux feuillets de la *plèvre* droite, se trouvent plusieurs foyers enkystés contenant un pus peu fluide, retenu dans un réticulum pseudo-membraneux ; chacune de ces cavités, dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix, répond d'une part à un épaissement notable, et, de l'autre, à une zone de tissu pulmonaire induré, traversée par des travées scléreuses.

Le *poumon* gauche ne présente qu'un peu de congestion dans la plus grande partie de son étendue ; mais, dans le sommet, se trouve un noyau de pneumonie chronique.

Le *foie* pèse 2,120 grammes ; sa décomposition avancée ne permet pas de voir si sa consistance était normale ; la *rate* est ferme, de volume ordinaire ; les *reins* lobulés et scléreux pèsent 150 et 140 grammes.

RÉFLEXIONS. — Nous ajouterons que, du vivant du malade, on avait remarqué sur le ventre, les cuisses, la partie supérieure de l'abdomen et du dos, de nombreuses taches, blanches au centre, pigmentées de blanc à la périphérie, lisses, dont le diamètre variait de deux millimètres à un centimètre, sortes de macules lenticulaires, déjà vues par M. R. Moutard-Martin chez deux sujets atteints d'affections hépatiques. L'apparition de ces taches ne datait que d'une année, mais, le malade ne put fournir de renseignements sur leur mode de début ; il y avait eu des boutons, toutefois il ne se souvenait pas si le contenu en était purulent. La peau, chez ces trois malades qui présentaient ces taches, était grasse au toucher et exhalait, malgré les bains, une odeur forte.

M. MOUTARD-MARTIN dit qu'il s'est abstenu de la ponction, parce qu'il n'existe pas de signes certains pouvant permettre d'affirmer que l'épanchement est ou non cloisonné

et qu'on ne sait pas, par conséquent, si l'opération, qui n'est pas sans danger, sera efficace. D'ailleurs, la pneumonie et l'albuminurie présentaient des contre-indications sérieuses.

Le foie de ce sujet paraissait atteint de cirrhose, mais la lésion n'a pas pu être démontrée histologiquement, à cause de l'état de putréfaction de l'organe. Un fait digne de remarque, c'est que ce sujet portait sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen des cicatrices larges comme des grains de millet, blanchâtres, non déprimées, entourées d'une zone pigmentée. M. Moutard-Martin a rencontré plusieurs fois ces sortes de cicatrices dans la cirrhose, il se demande s'il n'y a pas une corrélation entre les deux lésions.

2. M. WICKHAM montre une *rupture traumatique du diaphragme*, avec hernie de l'estomac.

3. Rapport sur la candidature de M. A. Chauffard, au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par M. R. MOUTARD-MARTIN, médecin des hôpitaux.

Parmi les diverses observations que M. Chauffard a présentées à la Société, je ne veux en rappeler qu'une, qui a trait à une dégénérescence amyloïde presque généralisée, et à laquelle les détails histologiques qui l'accompagnent me paraissent donner un véritable intérêt.

De l'histoire clinique de la malade, je ne vous dirai qu'un mot : il s'agissait d'une femme déjà âgée, et qui, dans le cours d'une syphilis ulcéreuse tertiaire, fut prise peu à peu de diarrhée, de vomissements, d'un état cachectique de plus en plus prononcé, jusqu'à ce que, en quelques jours, elle fut enlevée par une pneumonie accompagnée de pleurésie purulente suraiguë.

À l'autopsie, outre les lésions pleuro-pulmonaires récentes et inflammatoires, on constata l'existence d'une dégénération amyloïde qui, à des degrés différents, avait envahi les divers organes de l'économie.

Nulle part peut-être la lésion n'était plus avancée que dans le foie; sur les différents lobules d'une même coupe, les capillaires radiés se montrent dégénérés soit en totalité soit en partie, et surtout autour de la veine centrale; ils forment ainsi un réseau serré, coloré en rouge par le violet de méthylaniline, et dans les mailles duquel se voient les cellules hépatiques normales, ou contenant à peine quelques gouttelettes graisseuses. À la périphérie du lobule, n'exis-

tent que de faibles lésions inflammatoires de prolifération conjonctive, mais, les rameaux de la veine porte et de l'artère hépatique ne présentent aucune trace de dégénérescence; il en est de même des veines sus-hépatiques.

Dans la rate, le processus dégénératif est moins généralisé, et forme de petits îlots nodulaires, dont le centre est occupé par des troncs artériels et veineux de moyen calibre, tandis que, de leur périphérie, rayonnent de petits prolongements irréguliers.

Pour ce qui est des reins, dans la substance corticale, les glomérules seulement et quelques capillaires intertubulaires sont altérés; dans les pyramides, au contraire, existent de nombreux foyers de dégénérescence des capillaires tandis que les vaisseaux plus volumineux, artériels ou veineux, restent indemnes.

Dans les organes musculeux, tels que le cœur ou l'utérus, ainsi que dans les muscles striés, à peine trouve-t-on ça et là quelques capillaires altérés.

Notons enfin que les vaisseaux pulmonaires contrastent par leur intégrité avec les lésions plus ou moins étendues que nous venons de signaler dans les différents viscères.

Si nous étudions maintenant l'état de la muqueuse digestive, nous la trouvons malade dans toute son étendue, et partout la lésion présente le même point de départ et le même aspect. Dans l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, la dégénérescence semble avoir envahi d'abord le réseau capillaire superficiel de la muqueuse, pour gagner ensuite les vaisseaux et cloisons interglandulaires. Mais, les glandes elles-mêmes, aussi bien que les vaisseaux sous-muqueux ne présentent aucune altération, et, dans les tuniques musculueuses, quelques capillaires seuls sont dégénérés. — Ces lésions de l'estomac et de l'intestin n'ont été que rarement constatées et décrites, et, à ce titre, il était intéressant d'en montrer la localisation et l'origine.

Les lésions vésicales sont très analogues, mais moins avancées, et, sur des coupes, les parties amyloïdes ne forment qu'un mince liséré, occupant la couche la plus superficielle de la muqueuse.

En somme, cette observation nous montre, au cours d'une syphilis ulcéreuse tertiaire, une dégénérescence amyloïde rapide, presque généralisée dans l'espace de quelques mois, autant du moins que l'histoire clinique de la malade permet d'en juger, mais, ayant surtout envahi deux appareils: d'une part, le tube digestif et ses annexes, où la lésion semble s'être montrée d'abord, ou avoir progressé avec le plus d'intensité; d'autre part, l'appareil urinaire. En est-il

de même dans la majorité des cas, est-ce là la marche régulière et normale de la dégénérescence amyloïde, c'est ce que de nombreuses observations permettraient seules de déterminer.

4. Sarcome primitif des ganglions latéraux gauches du pharynx; par le D^r LAGRANGE, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Louis T***, 23 ans, boulanger, né à Oncques (Loir-et-Cher), soldat dans une section d'administration, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur GAUJOT, le 1^{er} février 1881.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont excellents; pendant son enfance, il a eu la fièvre typhoïde. Il n'a jamais eu la syphilis.

Ce malade était rentré, il y a trois mois, à l'hôpital militaire de Fontainebleau, pour une blennorrhagie. Pendant son séjour à cet hôpital, il s'aperçut qu'une grosseur lui venait au cou, il la fit remarquer au médecin traitant qui fit sur elle des applications de pommade résolutive sans obtenir de résultat. La tumeur augmentant toujours, on fit une ponction capillaire qui amena une certaine quantité de sang vermeil.

Un mois s'était écoulé depuis que l'attention du malade avait été appelée sur sa tumeur, dont la marche ne tarda pas à devenir plus rapide. Au commencement de février 1881, au moment où le malade rentre à l'hôpital du Val-de-Grâce, sa tumeur mérite la description suivante :

Elle est placée dans la région carotidienne gauche où elle présente une saillie du volume d'un gros œuf de poule. Elle occupe l'espace compris entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien en arrière et une ligne verticale passant par la petite corne de l'os hyoïde en avant. En bas, elle est limitée par une ligne horizontale, qui, partant du cartilage cricoïde irait aboutir au sterno-mastoïdien; en haut, elle comprime la glande sous-maxillaire, qui est douloureuse. Elle est bridée en ce point par le ventre postérieur du diaphragme. La loge sous-maxillaire n'est pas envahie.

L'aspect de la tumeur peut se comparer à celui d'une petite orange faisant une saillie presque régulière dans la région que nous venons d'indiquer. La peau est parfaitement saine, sans traces d'inflammation, ni d'adhérence à la tumeur. Sa coloration est normale, elle est très mobile sur un plan sous-jacent élastique et assez résistant, qui paraît être la tumeur elle-même recouverte par l'aponévrose cer-

vicale. La sensation donnée par la tumeur rappelle celle d'une poche kystique surdistendue par un liquide plus ou moins épais.

A l'exploration de la cavité pharyngienne, on aperçoit une tumeur beaucoup plus saillante que la précédente, arrondie, occupant les $\frac{3}{4}$ de l'isthme du gosier et de l'espace pharyngien à gauche, et qui arrive au contact de la luette et du voile du palais. La tumeur est située dans la loge amygdalienne, entre les deux piliers, le pilier postérieur est étalé et refoulé, l'amygdale est également étalée. La tumeur interne donne une sensation semblable à l'externe, elle est seulement plus ferme. Elle est régulière, sans bosselures, de consistance égale, elle est recouverte par une muqueuse rose et saine. Les deux tumeurs peuvent n'en faire qu'une seule ou être simplement accolées. Toujours est-il qu'il est impossible de transmettre la moindre fluctuation de l'une à l'autre.

Troubles fonctionnels. La tumeur est indolente, le malade éprouve seulement une grande gêne dans la parole et la déglutition, et les aliments et les liquides avalés trop précipitamment refluent par le nez. La respiration ne se trouve guère gênée que pendant le sommeil, et le malade ronfle bruyamment. La situation même de la tumeur produit le son étouffé et guttural, ainsi que le timbre nasonné de la voix; le reflux des liquides et des aliments par le nez est entraîné par l'impotence fonctionnelle du voile du palais. La difficulté de l'alimentation, un peu aussi celle de la respiration, expliquent l'amaigrissement et l'affaiblissement du malade.

Le diagnostic porté est celui de sarcome ganglionnaire primitif du cou. Le volume de la tumeur gêne la respiration, le larynx est dévié, on songe à une opération palliative, mais, avant l'intervention, on fait une nouvelle ponction. La ponction est pratiquée le 10 février avec l'appareil Potain. On retire une très faible quantité de sérosité rougeâtre, puis, du sang pur en grande quantité.

La plaie du trocart est immédiatement fermée par un carré de taffetas, mais, l'hémorrhagie persiste, elle n'est arrêtée qu'après une application d'ouate collodionnée en couche assez épaisse.

15 février. La tumeur semble avoir légèrement augmenté, particulièrement en arrière, vers la région mastoïdienne.

20 février. La tumeur augmente positivement, et le malade est de plus en plus gêné dans la respiration et la déglutition.

22 février. La gêne augmente au niveau du pharynx ; le malade se plaint d'une toux plus fréquente.

24 février. Mêmes symptômes, léger bourgeonnement de la surface de la tumeur pharyngienne.

25 février. Gêne respiratoire et toux augmentée, commencement d'ulcération, tumeur interne.

26 février. La tumeur s'ulcère et communique avec le pharynx, le malade expectore des crachats noirâtres et fétides, toussottement continu.

27 février. Mêmes symptômes, mais accrus, gêne respiratoire de plus en plus grande, déglutition impossible, expectoration de caillots volumineux, d'une odeur fétide. La tumeur a produit, à la surface, un champignon fongueux qui obstrue presque entièrement le pharynx. Dans ses efforts de toux, le malade en rejette des parcelles.

28 février. Le malade nous déclare qu'il ne peut attendre plus longtemps, il suffoque, il réclame énergiquement l'intervention chirurgicale. M. le professeur Gaujot extirpe la majeure partie du champignon pharyngien à l'aide de pinces à polypes, le malade tousse et fait des efforts de vomissements pour se débarrasser des débris qui tombent à l'entrée des voies respiratoires. Il rejette du sang et des débris sarcomateux. Au cours de l'opération, un débris fongueux tombe sur la glotte et donne une crise de suffocation au malade, mais l'obstacle est enlevé par le doigt de l'opérateur et tout rentre dans l'ordre, le malade respire plus facilement, et peut avaler des liquides. Pas d'hémorrhagie.

1^{er} Mars. Nuit bonne, pas d'hémorrhagie, respiration relativement facile, état général satisfaisant.

2 mars. Opération. Cette intervention est réclamée par le malade. Mais, les rapports de la tumeur avec les gros troncs vasculaires et nerveux du cou ne permettent pas l'extirpation complète; en outre, la repullulation rapide du sarcome ne permettant pas à l'opération de donner au malade un bénéfice suffisant, cette extirpation complète est contre-indiquée. L'opérateur décide en conséquence que la tumeur externe, c'est-à-dire cette partie de la tumeur qui soulève le sterno-mastoidien, sera seule excisée.

La peau est incisée suivant une ligne oblique située en avant du sterno-mastoidien et partant du cartilage thyroïde jusque vers l'angle de la mâchoire inférieure, dans une étendue d'environ 6 centimètres. Une fois arrivé sur la tumeur, on constate qu'elle envoie des prolongements vers la clavicule et jusque vers l'apophyse mastoïde, elle adhère avec la partie postérieure du cartilage thyroïde. — On l'in-

cise, elle laisse échapper une faible quantité d'un liquide trouble, ressemblant à de la sérosité kystique mélangée de sang, mais elle garde son volume.

Le doigt, introduit alors dans la plaie, rencontre des loges séparées par des travées résistantes et remplies d'une pulpe fétide. L'opérateur rompt les loges avec le doigt et s'efforce de ramener le plus de matière possible, son doigt arrive en arrière du larynx et de l'os hyoïde. L'artère carotide interne se trouve immédiatement en arrière de la tumeur; il est alors facile de constater la communication des deux tumeurs ensemble; et, comme la tumeur interne était déjà, par son ulcération, en communication avec le pharynx, il se trouve que le pharynx communique par la plaie avec l'extérieur, l'orifice de communication peut permettre l'introduction du petit doigt, et l'orifice est placé entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, sur les parties latérales et aux dépens de la membrane thyro-hyoidienne.

Quand le malade boit un verre d'eau, il en sort une petite quantité par la plaie. — Pansement phéniqué. — On ne réunit pas les lèvres de la plaie.

5 mars. Le malade respire assez facilement, mais il ne peut prendre que des aliments liquides, sa plaie lui rend la déglutition extrêmement douloureuse. Il se plaint de ne pouvoir dormir la nuit, parce qu'il tousse constamment, il rejette, dans ses crachats, des débris fongueux détachés de la tumeur interne, il se plaint d'une saveur atroce qui empoisonne sa bouche. Sa respiration est fétide, le malade s'infecte rapidement en absorbant les produits de la tumeur. Chose singulière, il ne présente pas de ganglions dégénérés.

12 mars. La plaie se maintient toujours à peu près dans le même état, les bords sont roses et tendent à la suppuration; les produits qui s'en écoulent irritent la peau autour de la plaie. — La respiration étant devenue plus gênée, on extrait de nouvelles parcelles de la tumeur interne à l'aide de pinces à polypes, et on cautérise la surface de la tumeur à l'aide d'un morceau de pâte de Canquoin. — Le malade est plus faible et ne peut toujours prendre que des aliments liquides.

20 mars. La plaie est en bonne voie de guérison.

30 mars. La guérison de la plaie est complète. La partie de la tumeur qui a été enlevée ne s'est pas reproduite, au contraire, à partir de ce moment, la tumeur interne n'a cessé de progresser, et l'ulcération pharyngienne s'est agrandie; à plusieurs reprises, M. le professeur Gaujot a

dû enlever des champignons gangréneux saillants dans le pharynx.

Le mois d'avril se passe ainsi. L'infection du malade par les produits septiques tombés dans son larynx s'accroît de plus en plus. La déglutition devient de plus en plus pénible, l'appétit diminue, les forces faiblissent.

2 mai. Il se produit une hémorrhagie assez abondante pendant la nuit.—De temps à autre, surviennent des accès de suffocation qui cessent lorsque le malade a pu, à la suite de pénibles efforts, expectorer des débris de la tumeur qui sont tombés du pharynx sur les cordes vocales. — Le malade exhale une odeur gangréneuse insupportable.

25 mai. Hémorrhagie très abondante.

30 mai. Mort.

AUTOPSIE, le 31 mai, 28 heures après la mort. — Le larynx, le pharynx, la partie cervicale de l'œsophage sont enlevés ainsi que la langue, l'os hyoïde et le sterno-mastoïdien gauche.

La dissection de la tumeur montre qu'il ne reste plus trace de ce qui faisait saillie sous le muscle sterno-mastoïdien. On peut introduire l'extrémité de l'index dans l'orifice de communication, formé comme nous l'avons dit aux dépens de la partie latérale gauche de la membrane thyro-hyôïdienne. Tout ce qui reste de la tumeur est situé en dedans et au-dessus de cette membrane. Les ganglions carotidiens sont tous intacts; beaucoup d'entre-eux sont petits, les plus gros ne dépassent pas le volume d'une fève.

En introduisant le doigt par l'orifice dont nous avons parlé, on tombe sur la pulpe ramollie de la tumeur interne ou pharyngienne qui contient des débris noirâtres, mélangés de sang altéré. La communication avec la cavité du pharynx est largement établie par deux ulcérations situées l'une dans l'isthme du gosier, en arrière et au-dessous de l'amygdale, qui est parfaitement saine. L'autre est placée en arrière du pilier postérieur et occupe toute la paroi latérale du pharynx, dans une étendue de 5 à 6 centimètres en hauteur et de 4 centimètres en largeur. Le pilier postérieur sépare ces deux ouvertures qui, d'ailleurs, correspondent à une cavité commune. Le larynx est intact; entre les cordes vocales et dans le vestibule on trouve quelques parcelles de la tumeur.

Poumon. Au poumon droit, lésions étendues du sommet à la base, le lobe supérieur présente une excavation du volume d'une grosse orange; la mortification du parenchyme ne s'étend pas aux bronchioles, qui subdivisent la

cavité en une foule de cavités secondaires communiquant largement entre elles. Le reste du lobe est farci de nodules blanchâtres de volume variable, de consistance assez dure. Dans le lobe moyen, on rencontre également des noyaux durs, gros tantôt comme une noisette, tantôt comme une noix. Le lobe inférieur est seulement un peu engoué.

Le poumon gauche présente les mêmes lésions; à la surface du lobe supérieur surtout sont disséminés quelques modules semblables à ceux qu'on trouve dans le poumon droit. Ajoutons, enfin, qu'on trouve en grande abondance, dans les deux poumons, des granulations miliaries à l'état cru.

Tous les autres organes, foie, rate, reins, centres nerveux sont sains.

L'examen histologique de notre tumeur a été pratiqué par M. Kiéner, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur les morceaux enlevés par l'opération. Cet examen a démontré qu'on avait affaire à un sarcome à petites cellules rondes mélangées de quelques éléments fusiformes. Malheureusement, l'état de putréfaction avancée dans lequel se trouvait le cadavre au moment de l'autopsie n'a pas permis de compléter cet examen.

Il est surtout regrettable qu'on n'ait pu démontrer par l'analyse microscopique que les petites tumeurs pulmonaires étaient des produits de généralisation. L'examen macroscopique de ces tumeurs, cependant, nous paraît ici suffisant pour qu'on puisse regarder comme évidente la généralisation au poumon.

RÉFLEXIONS. — Bien que l'examen microscopique soit incomplet, cette observation n'en est pas moins intéressante à des titres divers qu'on peut sans plus amples développements résumer ainsi :

1° C'est là un nouvel exemple de sarcome ganglionnaire primitif du cou; 2° La division de cette tumeur en deux lobes reliés par un pédicule étroit constitue une rareté dans l'anatomie pathologique des sarcomes; 3° Malgré la marche rapide de ce sarcome, ses *allures malignes bien caractérisées*, on a pu, en extirpant le lobe externe, faire une opération palliative suivie de tout le succès désirable. Il est à penser que la généralisation exclusive au poumon est le résultat d'une colonisation directe par la chute d'éléments sarcomateux dans les voies aériennes.

M. LANDOUZY dit que, si l'on avait fait la trachéotomie ou si l'on avait établi une sonde œsophagienne à demeure, on aurait peut-être évité pour un temps l'infection générale. La lésion pharyngienne ne pouvait être qu'irritée ou contuse par le passage des aliments.

Quant à la coïncidence du tubercule et du cancer, on en trouve de nombreux exemples dans les Bulletins de la Société. La tuberculose, dans ce cas, peut être attribuée à la difficulté de l'alimentation.

M. RECLUS déclare que, dans ces sortes de cas, la sonde œsophagienne introduite par la voie nasale et laissée à demeure doit se substituer à tout autre mode d'alimentation; elle a l'avantage d'éviter les contusions et de laisser en repos les muscles de la base de la langue et du pharynx. M. Krishaber a pu laisser pendant plus d'un an une sonde à demeure sans accident. M. Verneuil l'emploie dans les opérations sur la face ou sur le plancher de la bouche, dans lesquelles l'immobilisation des parties constitue un avantage sérieux. M. Reclus pense qu'on peut l'employer encore utilement dans les fractures des maxillaires, car, alors, elle permet en outre une désinfection facile. En somme, la sonde œsophagienne à demeure peut trouver une indication dans un grand nombre de cas.

La colonisation directe du sarcome dans le poumon n'est pas prouvée par le seul fait qu'il n'y avait de productions secondaires que dans le poumon. Dans les cas d'ostéosarcome du tibia, du fémur, il n'est pas rare que le poumon soit seul atteint secondairement. Les épithéliums vivants protègent beaucoup plus efficacement les tissus que M. le présentateur ne paraît le supposer.

A l'appui de ce que vient de dire M. Landouzy sur la coïncidence assez fréquente du cancer et du tubercule, M. Reclus cite un malade de M. Verneuil, qui avait un cancer du lèvre et des tubercules pulmonaires.

M. DU CASTEL dit, à l'appui de l'opinion de M. Reclus sur la théorie de la greffe directe admise par M. Lagrange, que le sarcome se généralise surtout par la voie sanguine et non par la voie lymphatique, comme le carcinome.

5. Vaste lipome ulcéré, siégeant sur l'épaule et le bras du côté droit ; par Charles LABBÉ, interne des hôpitaux.

Femme de 70 ans, bien portante, jouissant d'un certain embonpoint, sans en être gênée toutefois.

La tumeur qu'elle présente actuellement, sur le bras et l'épaule droite, a débuté il y a au moins trente ans. Du volume d'un œuf de pigeon tout d'abord, elle grossit un peu, ce qui engagea la malade à consulter un médecin, il y a 25 ans. Ce dernier fit une application de caustiques, suivie de la production d'une eschare superficielle et qui se cicatrisa assez rapidement, sans que la tumeur lipomateuse fut modifiée en quoi que ce soit.

Le néoplasme continua à faire des progrès lents, et, quand nous le voyons, il a atteint des proportions énormes ; il s'est, de plus, ulcéré spontanément, depuis six mois.

Voici du reste ce que nous constatons : A la partie postéro-externe de l'épaule et du bras droits, à cheval, pour ainsi dire, sur ces deux régions, mais empiétant considérablement sur chacune d'elles, existe une vaste tumeur bosselée, qui descend jusqu'à trois travers de doigts du coude et qui, par en haut, est également distante de trois travers de doigts de l'acromion. Une vaste ulcération, large comme la main, occupe la partie la plus saillante de la tumeur. Cette ulcération n'a guère atteint que la peau, derme compris. Elle est légèrement déchiquetée sur les bords, et son fond présente, dans certains points, un aspect jaunâtre manifeste ; elle laisse suinter un pus sanieux et infect. Dans les parties non ulcérées, la tumeur est bosselée, molle, rénitente, offrant, lorsqu'on la plisse, l'aspect de la peau de chagrin. Elle a du reste tous les caractères d'un vaste lipome.

En présence de la gêne que ressent la malade, qui ne peut presque plus se servir de son bras, et de l'odeur infecte qui s'exhale de l'ulcération, une opération est décidée.

Elle est pratiquée par M. Léon LABBÉ, le 4 juin. L'opération est assez laborieuse ; la tumeur est, en effet, cloisonnée et envoie dans tous les sens des prolongements graisseux qu'il faut aller détacher avec la main ; le poids même de la tumeur, qui pèse 4 livres, est un obstacle à son ablation ; un certain nombre de vaisseaux, principalement veineux, sont rompus et nécessitent une hémostase faite avec soin. Dans les points non ulcérés, la masse lipomateuse est bien encapsulée ; elle est sus-aponévrotique. On n'aperçoit quelques fibres musculaires du deltoïde que dans un seul endroit, où elle avait contracté des adhérences profondes.

La tumeur enlevée, il reste une plaie considérable qui est rétrécie par des points de suture, en haut et en bas. Pansement à plat, avec de la charpie imbibée d'alcool.

Les suites de l'opération sont très simples, et, dans les premiers jours de juillet, où nous recevons des nouvelles de la malade, la plaie est presque entièrement cicatrisée.

M. LANDOUZY dit qu'il est regrettable qu'on n'ait pas examiné la sensibilité de la peau de la région. Peut être l'ulcération était-elle sous la dépendance de troubles nerveux.

Séance du 10 juin 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

6. M. RECLUS offre, de la part de M^{me} Broca, un portrait de M. le professeur Broca. La Société adresse des remerciements à M^{me} Broca et décide que le portrait sera placé dans la salle de ses séances.

7. Kyste du paro-ovarien pédiculé et mobile; par M. GIBIER,
interne des hôpitaux.

La nommée Lecomte Marie, 34 ans, enfant trouvée, domestique, est entrée le 12 mars 1881, salle Sainte-Rose, à la Charité, dans le service de M. le D^r DESPRÉS.

Cette malade a été tenue en observation à l'hôpital Cochin pour une attaque de catalepsie avec rétention d'urine. (Son observation a été publiée par M. Berdinel dans les *Archives de médecine*, en 1879. Il y a un an, elle a été soignée à Cochin pour une péritonite généralisée, survenue à la suite d'une hématocele cataméniale.

Aujourd'hui, elle entre à l'hôpital pour une tumeur du ventre qui présente les caractères suivants : Cette tumeur, par ses dimensions et la sensation qu'elle donne, rappelle un rein ; elle siège habituellement dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite ; mais, on peut la diriger avec les mains dans toutes les parties de la cavité abdominale. La malade prétend qu'elle s'est aperçue de cette tumeur et de la mobilité il y a six mois, à la suite d'une chute. Cette tumeur est à peu près indolente à la pression. Cependant, la

malade se plaint de douleurs qui l'empêchent de travailler et réclame instamment l'opération, c'est-à-dire l'ablation de sa tumeur qui lui fait mal, dit-elle, « quand elle remonte ». Plusieurs médecins et chirurgiens examinèrent la malade, mais aucun diagnostic ne fut formellement porté.

Cette malade était une femme bizarre et menaçait, si on ne l'opérait pas, de s'ouvrir le ventre (elle tenta même l'écution de cette menace) ou de se jeter par la fenêtre. Après plusieurs accidents nerveux qu'il serait sans intérêt de rapporter ici, la malade eut de la rétention d'urine et quelques métrorrhagies. Tout rentra dans l'ordre, et, après avoir vainement sollicité de l'Administration une chambre d'opération, isolée, pour mettre la malade, et après avoir pris l'avis du professeur Gosselin qui l'assista, M. Després se décida à pratiquer la laparotomie pour extirper la tumeur. Craignant qu'il ne s'agit d'une hydronéphrose ou d'un kyste urinaire quelconque, M. Després ne voulut pas faire une ponction qui aurait pu, malgré toutes les précautions habituelles, déterminer un épanchement d'urine dans le péritoine et une péritonite suraiguë.

28 mai. L'incision est faite sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 8 centimètres environ. Le kyste est amené à l'orifice, ponctionné et attiré au dehors. Le liquide est absolument limpide. Pas de crochets. Chlorure de sodium et un peu d'albumine. Contenu : 1 demi-litre. Le siège du kyste fut reconnu pour être l'organe de Rosenmüller. L'ovaire fut laissé et non compris dans la ligature.

Les parois du kyste ont été grattées aussitôt par un de mes collègues, M. Bellangé; le produit du grattage, examiné au microscope, était composé de cellules à mouvements sarcodiques et contenait quelques cellules à cils vibratiles.

Aussitôt après l'opération, les vomissements commencèrent et ne s'arrêtèrent plus. Opium. La malade souffre et se plaint.

28 mai. Soir, 11 heures, T. A. 38°. Champagne. La malade vomit. Elle repose mal.

29 mai. Matin. T. A. 37°, 9. P. 110. La malade a été agitée; elle s'est jetée à bas de son lit. La malade repose un peu; elle a mal passé la nuit. La journée n'est pas bonne. Soir. T. A. 38°, 9. Vomissements, le ventre est un peu ballonné. La malade se plaint.

30 mai. Matin. T. A. 37°, 9. La malade a dormi une partie de la nuit. Grande faiblesse. Voix altérée. Vomissements continuent. Soir. T. A. 39°, 5. La malade n'a pas

encore été à la selle. Pas de gaz par l'anus.—Mort à trois heures du matin, dans la nuit du 30 au 31.

AUTOPSIE. — Le péritoine est rempli de pus. Les sutures étaient parfaites. Anciennes et solides adhérences entre le colon transverse et le foie. L'intestin, au niveau de l'S iliaque, est coudé et retiré, ce qui explique l'absence de selles et de gaz.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, que nous avons résumée autant que possible, présente surtout ce point intéressant que la tumeur dont le nom ne fut même pas prononcé par les nombreux cliniciens qui en tentèrent le diagnostic, tout en appartenant aux annexes de l'utérus, pouvait néanmoins être attirée dans tous les points de l'abdomen.

MM. RECLUS et HOUEL font remarquer qu'il s'agissait d'une tumeur peu volumineuse, qu'on eût pu éviter d'enlever, et, que d'ailleurs, il s'agissait d'un kyste à liquide blanc qui eût pu guérir par simple ponction.

8. Fracture du crâne et atrophie sénile symétrique des pariétaux; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Marie J... était dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière, depuis le mois d'octobre 1878; elle avait alors 72 ans. Sa mère avait des crises dans lesquelles elle se raidissait; pas d'autres antécédents nerveux dans la famille. Quand elle est arrivée à Paris, à l'âge de 20 ans, elle avait déjà des crises. Depuis plusieurs années, sa mémoire s'est considérablement affaiblie. Depuis qu'elle connaît son mal, elle pense que ses accès ont toujours eu à peu près la même fréquence. En 1879, elle a eu 26 accès et 14 vertiges; en 1880, elle a eu 20 accès et 18 vertiges. Elle est prise assez régulièrement chaque mois et ses accès et vertiges se manifestent par séries, à la suite desquelles elle reste tranquille. Elle n'est pas prévenue de ses accès. Elle se blesse souvent la tête en tombant et elle porte plusieurs cicatrices au cuir chevelu, mais rien autre part. Elle crie dans ses accès nocturnes, mais non dans ses accès diurnes. D'après le dire de la surveillante, il n'y aurait pas de période clonique, mais une période de rigidité assez longue. Elle écume, se mord la langue, urine sous elle. Après l'accès, elle est hébétée, ne sait plus où elle en est. Somnolence continuelle.

Le 3 janvier, elle est prise d'un frisson avec point de côté. Elle eut une pneumonie à laquelle elle succomba le 8.

AUTOPSIE. — Quand on a enlevé les téguments du crâne, on constate que, vers l'angle postérieur ou pariétal droit, où il n'existait pas de cicatrice cutanée, le péricrâne se laisse difficilement détacher, et, quand on l'a enlevé violemment, on découvre qu'il existe une solution de continuité de l'os au niveau de laquelle le péricrâne avait contracté des adhérences avec la dure-mère.

La calotte crânienne étant mise tout à fait à nu dans toute son étendue, on constate l'existence d'une fracture qui part à peu près du milieu de la ligne courbe qui sert à l'insertion de l'aponévrose temporale droite, se dirige obliquement en arrière, traverse la suture sagittale à un centimètre environ en avant du lambda et vient se terminer à peu près à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur de la ligne d'insertion de l'aponévrose temporale du côté gauche. Dans la seconde moitié de son trajet, le trait de la fracture décrit une courbe à concavité antérieure, dont la partie la plus voisine de la ligne médiane reste parallèle à la branche gauche de la suture lambdoïde. Il ne paraît y avoir eu nulle part de traces de consolidation. Sur le pariétal droit, la fracture est à peu près linéaire, sauf vers la ligne médiane où elle forme un sillon large de 1 millimètre à peu près, et qui comprend toute l'épaisseur de l'os. Sur le pariétal droit, non seulement il n'y a pas trace de consolidation, mais il existe une véritable perte de substance, par atrophie des bords de la fracture. Cette perte de substance présente une forme allongée en fuseau, de 6 centimètres de long et de 5 à 7 millimètres de large suivant les points; ses bords sont mousses et lisses, et amincis et tranchants, surtout dans la partie moyenne. Vers la partie extérieure du bord antérieur de cette solution de continuité, on voit un autre trait de fracture qui se dirige d'abord en dedans, puis en avant et à une longueur d'un peu plus de trois centimètres; dans son tiers postérieur, cette autre fracture a ses bords écartés d'un millimètre environ et très amincis.

Nous voyons que, sur ce crâne, la suture lambdoïde et la suture sagittale sont complètement soudées; il en est de même de la suture coronale, à deux centimètres à droite et à gauche du bregma. Du côté gauche, il n'existe qu'un trou pariétal très petit; du côté droit, il en existe deux, l'un en avant de l'autre et un peu plus grand. Des deux côtés, il y a une plaque d'atrophie sénile vers l'angle postérieur du

pariétal, de chaque côté de la région obéiliale. Ces plaques sont limitées du côté de la suture sagittale par un bourrelet saillant et sont produites par l'affaissement de la table externe, par disparition du diploë, la table interne ne présente aucune particularité à ce niveau. L'atrophie est notablement plus marquée à droite, où la plaque translucide a 6 centimètres de long sur 3 et demi de large, tandis qu'elle est de moitié moins étendue à gauche.

Encéphale avec ses membranes : 1140 gr. Rien de particulier dans le cervelet, ni dans le bulbe, ni à la surface, ni dans la profondeur.

Cerveau : Hémisphère droit 460 gr. ; hémisphère gauche 465. La conformation des circonvolutions ne présente point de particularités notables ; on n'y trouve non plus aucune lésion apparente. La corne d'Ammon est normale comme forme et comme consistance, des deux côtés. Sur l'hémisphère droit, on voit une ligne jaunâtre qui coupe obliquement la partie postérieure du sillon interpariétal, au niveau de la solution de continuité du crâne, mais les circonvolutions n'offrent aucune diminution de volume ni de consistance sur ces points ; il semble que ce soit la trace d'un ancien foyer hémorragique développé dans les méninges, au moment du choc qui a produit la fracture du crâne. On ne trouve rien à noter sur les coupes pratiquées dans les deux hémisphères.

Poumons. Aucune lésion ancienne des deux côtés. Hépatisation rouge de tout le lobe supérieur gauche.

Cœur : 295 gr. (vide). D.L. 92^{mm} ; D.T. 102 ; M. 89 ; T. 88 ; A. 74 ; P. 76. Légère insuffisance aortique, un peu d'épaississement athéromateux des valvules. Légère hypertrophie du ventricule gauche. La face auriculaire des piliers de cette valvule offre des plaques blanchâtres d'endocardite ancienne au-dessous desquelles les faisceaux musculaires ont une teinte jaunâtre. Pas d'athérome des vaisseaux.

Foie. Coloration et consistance normales ; 1015 gr. Sillon transversal avec traces de périhépatite correspondant au bord du cartilage costal ; le lobe droit est allongé et aplati en forme de tablier à partir du sillon, il dépasse les côtes de 8 centimètres environ.

Reins, un peu granuleux à leur surface, surtout le droit : Rein droit 95 gr., gauche 135. — *Rate*. — 75 gr. *Utérus*. La muqueuse du corps est boursoufflée et présente une teinte hémorragique ; sa cavité est remplie d'un caillot sanguin brun et mou.

REFLEXIONS. — Bien que nous n'ayons aucun renseigne-

ment précis à cet égard, il est vraisemblable que cette fracture du crâne s'est produite pendant une attaque d'épilepsie; mais, le point intéressant de ce fait, c'est la résorption qu'a subie l'os fracturé dans la région qui correspond à l'atrophie du pariétal. Dans cette région, la nutrition de l'os est tellement peu intense qu'elle n'a pas pu subvenir aux frais de la consolidation; et la solution de continuité paraît avoir favorisé la résorption des éléments pour déterminer une perte de substance, là où il existait primitivement une fracture linéaire. C'est là un point intéressant dans l'histoire de l'atrophie sénile symétrique des pariétaux, que nous avons déjà eu occasion d'étudier à différentes reprises (1).

9. M. FÉRÉ présente un *corps fibreux* de l'utérus *calcifié* gros comme un œuf de dinde. La tumeur présente une surface irrégulière, creusée d'alvéoles, d'anfractuosités qu'on retrouve du reste sur la coupe; ces alvéoles sont remplis de tissu analogue au tissu des tumeurs fibreuses.

M. HOUEL dit que ces sortes de productions ne présentent pas fréquemment ce volume.

10. Rein unique en fer à cheval; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

M. FÉRÉ présente un rein unique résultant de la fusion des deux reins sur la ligne médiane. La fusion se fait, comme d'ordinaire, aux dépens de l'extrémité inférieure des deux reins qui, dans ce cas, sont soudés sur une hauteur de 3 centimètres et demi. Les uretères passent, comme d'habitude aussi dans ces sortes d'anomalies, en avant de l'extrémité inférieure des deux reins fusionnés.

11. Rein à double bassinnet avec un seul uretère; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

M. FÉRÉ montre un rein qui offre plusieurs particularités remarquables. Il présente une lobulation très évidente. L'organe semble aplati en sens inverse de l'ordinaire, et il a perdu sa forme caractéristique, il a plutôt la forme d'une rate, le hile est placé tout à fait sur la partie antérieure. On

(1) Ch. FÉRÉ. — *Atrophie sénile symétrique des pariétaux*. In *Bul. Soc. anat.*, 1876, p. 388. — *Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du céphalœmatome*. In *Rev. mensuelle de méd. et de chir.*, 1880.

remarque que le bassin est divisé en deux; une partie supérieure, de beaucoup plus considérable, insérée très près de l'extrémité supérieure, sur une hauteur de 4 centimètres et qui donne naissance à un canal qui a à peu près le volume d'un uretère ordinaire; une partie inférieure, insérée près de l'extrémité inférieure, sur une hauteur de moins de 2 centimètres, formant un canal uniforme qui s'abouche dans le canal né du bassin supérieur sans changer de calibre. A partir de là, l'uretère n'offre rien de particulier.

Ces deux bassins, réunis par un canal intermédiaire, sont distants de deux centimètres et demi et forment au milieu du hile une sorte d'arcade complétée par le canal déjà décrit.

12. Cancer du rectum; — généralisation aux ganglions mésentériques; — au fole; — au péricarde; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Boitr..., 72 ans, salle Saint-Alexandre, n° 6, service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière. D'une bonne santé habituelle, elle maigrissait depuis le mois de décembre 1880 et se sentait faiblir peu à peu, sans éprouver d'ailleurs de souffrances localisées. Son teint jaunissait graduellement et elle ne tarda pas offrir la teinte paille caractéristique du cancer; mais, il n'existait aucun trouble du côté de l'utérus, le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale ne révélait rien d'anormal de ce côté; elle n'avait jamais eu ni gastralgie, ni vomissements et les aliments qu'elle prenait passaient bien, pas de diarrhée, ni de constipation; il n'existait aucune tumeur extérieure, ni aucune ulcération. La cachexie fit peu à peu des progrès et la malade succomba le 24 mai, sans que la localisation du cancer eut été déterminée. (Le toucher rectal n'avait pas été fait.)

AUTOPSIE. — Encéphale, 1185 grammes, sans lésions.

Poumons sains; sauf quelques adhérences aux deux sommets. Au niveau du hile, en arrière de chaque bronche, il existe deux ganglions caséeux, du volume d'un œuf de pigeon.

Péricarde. Quelques cuillerées de liquide séreux dans sa cavité; le feuillet ne présente pas de lésion apparente. **Cœur.** On remarque, à la pointe du ventricule gauche, une plaque arrondie de un peu plus d'un centimètre de diamètre, faisant une saillie d'un millimètre environ sur la surface de l'organe, résistante à la pression, d'un aspect fibreux à la coupe, ressemblant à du squirrhé. Le long du

sillon interventriculaire antérieur, il existe un certain nombre de petits mamelons verruqueux pédiculés ou sessiles, offrant la même consistance et la même structure; on en rencontre de semblables sur la surface antérieure du ventricule droit, deux ou trois près de la pointe, vers le bord gauche, et trois ou quatre sur la face antérieure de l'aorte, près de son origine, mais il n'en existe point à la partie postérieure du cœur. — Myosite interstitielle, nombreux tractus fibreux dans le myocarde; sommet de piliers scléreux. P. 310 gr. Pas de lésions des orifices.

Foie, 1115 gr.; quatre noyaux d'aspect cancéreux jaunâtres du volume d'une noisette dans le lobe droit. *Voies biliaires* saines; rien à l'estomac, ni au duodénum. Le reste de l'intestin est également sain; mais, à la partie supéro-postérieure du rectum, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, il existe sur la muqueuse une plaque dure de un demi-centimètre d'épaisseur, à peu près circulaire, de 2 centimètres environ de diamètre. Le long de la colonne lombaire, on trouve quelques ganglions caséux peu volumineux. Mais, au-dessous du diaphragme, dans la petite courbure de l'estomac, il y a une masse ganglionnaire caséuse qui a à peu près le volume d'un œuf de poule.

Pancréas, sain. — Capsules surrénales saines. Les reins sont un peu scléreux et granuleux à leur surface. Rein droit 105 gr., gauche 95. — *Rate*, P. 80, saine. — *Utérus*, sain.

RÉFLEXIONS. — La disposition des noyaux cancéreux du foie semble indiquer qu'il s'agit de productions secondaires; d'autre part, le cancer primitif du péricarde semble être une lésion très exceptionnelle; il est donc probable que c'est la lésion rectale restée inaperçue pendant la vie qui est le point de départ de l'infection.

Séance du 17 juin 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

13. Chondrôme ostéolde de l'extrémité supérieure du péroné. — Amputation de cuisse; par R. LACAZE.

La nommée Pinton, Claire, âgée de 29 ans, du département de la Creuse, arrive à Paris le 9 juin, pour se faire enlever une tumeur volumineuse de la partie supérieure de la jambe gauche. Cette femme, dont l'intelligence est peu développée, peut néanmoins nous fournir les renseignements suivants : d'une bonne santé habituelle, à l'âge de 24 ans, elle a eu un petit abcès sous-maxillaire probablement d'origine dentaire. Pas d'antécédents héréditaires. Jamais malade auparavant, elle se livrait aux travaux de la campagne et n'éprouvait du côté de sa jambe qu'un peu de gêne, due au poids de la tumeur.

Il y a 16 mois, elle s'est aperçue qu'il existait à la partie supérieure et externe de la jambe gauche, en un point que la malade précise bien et qui paraît correspondre à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse du péroné, une grosseur du volume du poing environ. Cette tumeur s'est développée sans cause appréciable et sans traumatisme. Elle n'a donné lieu qu'au bout de six mois environ à des douleurs irradiées dans toute la jambe, surtout vers le gros orteil. Encore, celles-ci ont été passagères et quoiqu'elles se soient reproduites à deux ou trois reprises, elles n'ont jamais eu ni une longue durée, ni une grande intensité. Il n'a jamais existé d'œdème de la jambe; la circulation ne paraît pas avoir été troublée.

Le 19 juin, jour où la malade entre à l'hôpital, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, qui est surtout saillante à la partie supérieure et externe de la jambe, contourne la partie postéro-supérieure, et vient faire saillie en dedans jusqu'à la face interne du tibia, qui reste entièrement libre.

Sa partie supérieure remonte en dehors jusqu'au niveau de l'interligne articulaire du genou; en arrière, elle descend obliquement vers la face interne, au niveau de laquelle elle est distante de 0,01 centimètre environ de la tubérosité interne du tibia.

En bas, elle dépasse la partie moyenne de la jambe. Les dimensions verticales de la tumeur sont les suivantes : en dehors, 0,21 cent.; en arrière, 0,18 cent.; en dedans, 0,11 cent. Au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, la circonférence de la jambe atteint 0,48 centimètres.

La peau qui la recouvre est tendue et luisante. Elle présente une rougeur assez limitée et peu intense à la partie supérieure et externe. Les veines sous-cutanées sont assez développées, mais ne sont nulle part variqueuses. Autour des malléoles, au pied, pas de traces d'œdème. Les mouvements de l'articulation du genou sont complètement libres et la tumeur ne gêne la marche qu'à cause de son poids. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne sont pas tuméfiés.

La tumeur présente à la palpation une dureté considérable, partout la même, sans points ramollis; elle n'est pas le siège de battements. Les fonctions organiques s'accomplissent bien. Digestions normales; bruits du cœur normaux; l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. Urines normales. Menstruation régulière.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic porté a été celui de sarcome ostéoïde. L'absence de ganglions inguinaux tuméfiés, l'état général satisfaisant, ont déterminé M. MONOD à pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Le 13 juin, la malade est anesthésiée à l'aide du chloroforme. Bande d'Esmarch. Méthode circulaire. L'incision cutanée correspond en avant au bord supérieur de la rotule; en arrière, elle descend même un peu plus bas. On conserve un large lambeau de périoste. On fait une dizaine de ligatures tant artérielles que veineuses. La durée de l'opération ayant été très courte, la bande d'Esmarch enlevée, on n'a perdu que très peu de sang.

Suture de la peau presque verticale, un peu oblique en arrière et en dedans. Deux drains relient le fémur aux angles de la plaie, quatre points de suture profonde. Onze points de suture superficielle. Pendant toute l'opération, pulvérisation phéniquée. Pansement de Lister.

La tumeur, examinée immédiatement, présente les caractères macroscopiques suivants : La peau enlevée, on tombe sur l'aponévrose superficielle qui peut être détachée de la tumeur. Les muscles péroniers, les jumeaux, le soléaire, la recouvrent et lui adhèrent. Leur tissu est pâle; les péroniers mêmes sont envahis par le néoplasme.

Le péroné est fortement écarté du tibia, dont il est séparé par un espace angulaire assez considérable. La diaphyse

disparaît dans la partie inférieure de la tumeur, qui paraît formée par l'extrémité supérieure du péroné renflée en masse.

La masse de la tumeur contourne le tibia, auquel elle n'adhère que faiblement et dont elle est séparée sans difficultés. Le périoste du tibia est intact. La face interne du tibia est, seule, entièrement libre.

Les deux os de la jambe étant séparés, on ne trouve plus traces de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. L'articulation du genou est intacte. Il existe au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur deux petites exostoses. On peut se demander si ce sont là de simples exostoses de croissance, ou si ces petites tumeurs ne sont pas de même nature que la tumeur du péroné, et n'auraient pas pu, dans le cas où la désarticulation du genou eût été pratiquée, devenir le point de départ d'une repullulation.

Ces deux petites saillies sont du reste tout à fait analogues à une troisième qu'on observe à la partie supérieure et interne du tibia droit, et que la malade dit avoir existé de tout temps.

Une coupe de la tumeur montre qu'elle présente la blancheur des cartilages. Elle en a la consistance. En quelques points, cependant, elle est ramollie. Ce ramollissement, surtout sensible dans les parties centrales, ne se rencontre qu'en certains endroits isolés, et séparés par des parties qui conservent, comme le reste de la tumeur, l'aspect du cartilage pur. Vers le centre, on trouve un petit kyste rempli d'une matière huileuse. L'extrémité supérieure du péroné n'existe plus qu'à l'état de vestiges, et il s'en détache des aiguilles osseuses assez étendues.

Examen histologique de la tumeur, pratiqué par M. le Dr Lagrange au laboratoire de M. le prof. Robin. — Cet examen a porté sur trois points : 1° sur les parties qui avoisinent le péroné ; 2° sur la périphérie de la tumeur ; 3° sur les portions centrales, au voisinage du petit kyste dont nous avons parlé.

Sur les premières coupes, on constate l'existence de cellules cartilagineuses, nombreuses et très rapprochées les unes des autres. La plupart de ces cellules renferment des noyaux en voie de segmentation ; quelques chondroplastes contiennent de véritables cellules filles, nouvellement formées. En somme, ces premières coupes démontrent l'existence d'un cartilage embryonnaire en voie d'accroissement.

L'étude des parties superficielles de la tumeur montre encore du cartilage absolument pur ; ici, les cellules ne sont pas en voie de prolifération ; elles sont volumineuses ; beau-

coup sont allongées en forme de fuseaux. Au milieu de ce cartilage, on trouve des travées fibreuses qui cloisonnent en divers sens le tissu de la tumeur. Dans ce tissu fibreux, l'acide picrique n'a pas montré l'existence de fibres élastiques.

Enfin, au niveau du kyste, le tissu morbide se présente avec les mêmes propriétés que précédemment; sur les parois mêmes du kyste, il n'existe que des cellules cartilagineuses entourées de tissu hyalin pur. Les vaisseaux, d'ailleurs rares dans la plus grande partie de la tumeur, paraissent faire absolument défaut aux environs de ce kyste; c'est peut être au manque de vaisseaux qu'est due, en ce point, la désorganisation du tissu et la formation de la cavité kystique.

Ajoutons enfin, que, sur toutes les parties de la tumeur qui avoisinent le péroné, on rencontre des épines calcaires, dures, que le rasoir ne peut couper, et qui s'enfoncent assez profondément dans la tumeur. Le temps a fait défaut pour décalcifier ces aiguilles calcaires et voir s'il y existe réellement des éléments osseux. L'existence de ces éléments paraît cependant très vraisemblable.

Ces aiguilles osseuses sont-elles les derniers vestiges de l'extrémité supérieure du péroné envahie et détruite par le chondrome? Comme l'existence de ces épines a pu être nettement constatée dans plusieurs parties de la tumeur, il est probable qu'il existe là un véritable tissu ostéoïde.

En somme, il s'agit, dans le cas qui nous occupe, d'un chondrome presque pur, à peine mélangé de quelques tractus fibreux formant de larges cloisons dans le tissu hyalin. Dans les parties centrales, ce chondrome était manifestement en voie d'accroissement.

La fin de l'observation, le résultat de l'opération, l'absence de récidive ou la généralisation feront l'objet d'une communication nouvelle.

Nous disons seulement que, d'après l'examen histologique actuel, qui sera confirmé par un examen ultérieur, on peut substituer au diagnostic sarcome celui de chondrome ostéoïde de l'extrémité supérieure du péroné.

14. Anévrysme de la valvule mitrale. — Embolie de la crurale; par G. LAURAND, interne des hôpitaux.

H... Joseph, 34 ans, cordonnier, entré le 21 juillet 1880 dans le service de M. FÉRÉOL, à l'hôpital Beaujon. Salle St-Jean, 27.

Père et une sœur morts phthisiques. Comme antécédents

personnels, il y à six ans, après une forte fatigue, le malade « vomit » du sang ; puis, en cracha pendant une huitaine de jours ; au bout de ce temps, il était complètement remis.

Le début des accidents actuels remonte à un mois ; notre homme rentra un soir, après une longue course, avec une courbature générale ; le lendemain apparaissait une douleur à la cheville droite, qui devint enflée et rouge ; il prit le lit, au bout de dix jours, il voulut se lever, mais en vain. Il souffrait de la tête, ressentait de l'oppression ; il avait quelques vomissements et des filets de sang dans ses crachats.

A son entrée à l'hôpital, le phénomène le plus saillant, c'est la dyspnée. Quoique vigoureux, le malade est pâle ; la face est un peu bouffie. La douleur du pied a disparu. Au poumon, foyer de râles humides, au sommet droit, en arrière. Au cœur, souffle systolique, intense, à maximum à la pointe. L'impulsion cardiaque est vive. Le pouls est régulier, un peu petit. — Les urines contiennent une notable proportion d'albumine. P. 90. T. 38°, 2. Il n'y a pas de douleur précordiale accusée. On s'arrête à l'idée d'endocardite rhumatismale.

Pendant trois ou quatre jours, état stationnaire ; les vomissements persistent. Rien à signaler au cœur ou aux poumons.

28 juillet. Deux crachats sanglants. Apparition de signes importants du côté de la jambe droite. A partir du genou, insensibilité presque complète. Le membre est pâle, froid, et présente un léger degré d'œdème. Les battements de la pédieuse se retrouvent, mais très-affaiblis. Pas de développement veineux, pas de taches livides, pas de purpura. Au pli de l'aîne, douleur à la pression, sur le trajet de la fémorale ; au-dessous du triangle de Scarpa, on ne perçoit plus de battements. Le battement de la fémorale est très faible. A la poitrine, tout le long de la colonne vertébrale et s'étendant à droite le long de la base du thorax, souffle à double courant, doux, surtout marqué à la région dorsale. A la région précordiale, le souffle persiste, descendant jusqu'à l'épigastre et remontant jusqu'à la base du cou. Le foie est gros, douloureux. Dyspnée toujours très vive. Pâleur très marquée depuis deux jours. Le soir, le sang reparait dans les crachats ; le malade en rend le quart d'un crachoir. Sueurs froides, anxiété, pas de syncope.

29 juillet. Amélioration de l'état général. Les battements de la pédieuse ont disparu. Toujours souffle cardiaque intense ; il a pris le caractère râpeux.

30 juillet. Les râles du sommet droit sont plus étendus,

matité au sommet. A la base, diminution de la sonorité, des vibrations ; nuance égophonique.

31 *juillet*. On sent nettement une induration sur le trajet de la fémorale. Cependant, le membre est moins froid ; il existe pourtant encore une différence très sensible avec le côté sain. T. locale : jambe droite 34°,8 ; jambe gauche 35°,1 ; pied droit 34°,2 ; pied gauche 35°,2.

1^{er} *août*. Diminution de sonorité sous la clavicule droite, avec obscurité de la respiration et résonnance de la voix. En arrière, craquements humides.

3 *août*. Le malade se plaint de douleur de la jambe gauche, il n'y a pas d'altération de sensibilité, rien dans l'aîne. Les battements de la pédieuse sont conservés.

4 *août*. Aggravation très rapide. Epistaxis d'une demi-cuvette. Œdème de la face et des paupières. Subdélirium. Dyspnée très vive, le malade meurt par asphyxie croissante sans qu'aucun phénomène soit survenu, ni au cœur, ni aux poumons.

AUTOPSIE. — La fémorale *droite* est obstruée par un caillot fibrineux, blanc, dur, ayant de 3 à 4 centimètres de long, s'arrêtant un peu au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Il est déjà ancien, car, à son centre, existe un point de ramollissement puriforme. A la fémorale *gauche*, caillot mou, noir, diffus.

De ces deux points, partent deux caillots qui occupent les iliaques externes et primitives et toute la hauteur de l'aorte, jusqu'aux colonnes charnues du ventricule gauche, dans lesquelles l'origine du caillot s'enchevêtre. Sur la partie moyenne de l'aorte, ce caillot blanc, solide, fibrineux, offrait la dimension d'une plume d'oie. C'est sans doute à sa présence qu'était dû le souffle qui suivait le rachis.

Cœur. Les valvules aortiques présentent sur leur bord libre des végétations. Sur une, ce bord libre est tomenteux, inégal et paraît ulcéré. Entre les orifices aortique et mitral, petite ulcération de l'endocarde, offrant le volume d'un pois. Sur la grande valve de la mitrale, perforation complète, admettant facilement une grosse sonde cannelée. Du côté du ventricule épaissi, les bords sont indurés ; la perforation siège à environ 3 millimètres du bord libre.

Du côté de la face auriculaire, la perforation est entourée d'un bourrelet de petits bourgeons, qui paraissent d'abord fibrineux ; mais, avec intention, on peut pour ainsi dire les dérouler, et on voit alors qu'ils sont formés par les débris d'un sac anévrysmal qui aura précédé la rupture. Le cœur est très volumineux ; un peu flasque.

Poumons. Tubercules ramollis aux sommets ; commencement d'excavation à droite. Pleurésie à coque épaisse. Pas de traces d'infarctus. *Foie, rate, rien. Reins, gras, blanc-pâle, pas amyloïdes.* Nulle part d'infarctus viscéraux.

En résumé : Chez un tuberculeux, endocardite avec anévrysme rompu de la mitrale et embolie artérielle consécutive.

15. Abscès périprostatique ouvert dans l'urèthre, le rectum et le péritoine, sans phénomènes ni lésions de péritonite. — Tuberculose génitale et pulmonaire ; par CHAPU, interne des hôpitaux.

Rouger, 74 ans, salle Desprès, n° 2. Entré le 7 avril. Venu d'abord pour une orchite du testicule droit à marche subaiguë, avec un peu d'épanchement, qui fut ponctionné et donna issue à 20 grammes de liquide environ. Il y avait en même temps rétention d'urine et urines sanglantes. La sonde métallique passait sans difficulté, mais, en provoquant de la douleur et un léger écoulement de sang. Peu à peu, les phénomènes d'inflammation testiculaire se calment, ainsi que la rétention d'urine. Le malade sort le 2 mai en conservant une fistule qui correspondait à la ponction et continuait de suinter légèrement.

Le 9 mai, le malade revient dans le service, il est pâle, la fistule scrotale donne davantage de pus. Il existe de la blennorrhée indolente qui ne reconnaît aucune cause appréciable. En même temps, diarrhée rebelle qui résiste aux traitements ordinaires.

Le testicule droit est empâté, augmenté de volume ; l'augmentation porte principalement sur l'épididyme, surtout au niveau de la fistule qui correspond à la queue de l'épididyme. Au testicule gauche, augmentation de volume portant sur la queue de l'épididyme avec adhérence des téguments au même niveau. Pas d'épanchement. Le testicule lui-même, qui est fort petit, comme atrophie, est égal en volume à l'induration épидидymaire, qui ne dépasse pas le volume d'une grosse noisette. Cordons intacts.

Au toucher rectal, prostate médiocrement volumineuse, pas douloureuse ; vésicules normales. On ne perçoit pas de perforation du rectum au dernier examen qui a été fait 15 jours avant la mort.

Mort le 11 juin, après dépérissement progressif.

AUTOPSIE. — *Poumons* criblés de tubercules grisâtres et

caséeux, cavernes disséminées. *Testicules* présentant chacun un noyau caséeux volumineux au niveau de la queue de l'épididyme. *Vessie* ardoisée, quelques tubercules du bas-fond. *Abcès périprostatique* dont la cavité empiète en avant sur le tissu de la prostate. Cet abcès, situé dans la loge rétroprostatique, est étendu en hauteur, du cul-de-sac vésico-rectal un peu au-dessous du bord de la symphyse pubienne. En largeur, il ne mesure guère plus de 2 à 3 cent.

Cet abcès s'est ouvert dans l'urèthre *prostatique* par un orifice fait en forme de fente longitudinale. Ouverture également dans le *rectum*, sur sa paroi antérieure, immédiatement au-dessus du sphincter, par un orifice ayant presque le diamètre d'une pièce de un franc, à bords taillés à pic et noirâtres. Ouverture encore dans *péritoine* par un orifice siégeant dans la portion la plus déclive du cul-de-sac vésico-rectal. Les bords sont noirs, taillés à pic. La longueur de l'ouverture est d'environ 1 centimètre et demi sur 8 à 10 centimètres de large, son grand axe est dirigé transversalement.

Au voisinage, pas d'adhérences ni de traces de péritonite.

RÉFLEXIONS.—L'abcès périprostatique en question rentre tout à fait dans les nombreux exemples donnés par M. Segond, dans sa thèse. L'ouverture péritonéale est un fait rarement observé avec ces sortes d'abcès. Ici, en particulier, nous avons lieu de nous étonner de l'absence totale de péritonite. Peut-être peut-on expliquer ce fait anormal en faisant observer l'âge avancé et la débilité du sujet? D'autre part, il faut encore remarquer la position déclive de la perforation du péritoine. En dernier lieu, les ouvertures de l'abcès dans l'urèthre et le rectum empêchaient la stagnation du pus, et l'on a le droit de penser que les liquides purulents ne se sont point trouvés en contact avec la séreuse.

M. LANDOUZY demande si on est bien sûr que la perforation péritonéale n'a pas été faite pendant l'autopsie ; son aspect pourrait le faire croire.

16. Thrombose cardiaque ancienne. — Caillots cardiaques anciens avec ramollissement central pseudo-puriforme. — Embolies cérébrale et pulmonaire. — Infarctus du rein droit. — Péricardite secondaire hémorragique. — Arthrite du genou gauche; par LEJARD, interne des hôpitaux.

La nommée veuve Ba..., âgée de 83 ans, entre le 30 mai

1881 à l'infirmerie de l'hospice des Petits-Ménages, dans le service de M. le D^r QUINQUAUD.

Nous n'avons rien à signaler comme antécédents morbides. Cette femme n'aurait jamais été malade ; ni rhumatismes, ni paralysie ; surdité seulement depuis 8 ans.

Huit jours avant son entrée à l'infirmerie, au milieu d'une santé parfaite, elle est prise subitement d'étouffements et de douleur sous le sein gauche, irradiée dans l'épaule du même côté. — En même temps, elle a un étourdissement et tombe par terre sans connaissance. Après avoir repris ses sens, elle parle librement et ne se plaint ni de mal de tête, ni de palpitations, ni de point de côté ; toutefois, elle accuse une douleur sourde dans tout le côté gauche du thorax. A ce moment, les battements du cœur sont irréguliers, inégaux, avec quelques intermittences ; le premier bruit est arrondi à la pointe et à la base, le deuxième bruit à la base est légèrement soufflant ; le pouls est petit avec quelques intermittences. Un peu d'œdème périmalléolaire. Légère nuage d'albumine dans les urines.

En outre, la malade accuse une vive douleur dans le genou gauche, qui est rouge, tuméfié et dont la circonférence mesure 0 m. 02 de plus que le genou droit.

Le 1^{er} et le 2 *juin*. Mêmes symptômes, la température rectale oscille entre 38° et 38°,8.

3 *juin*. La malade qui, jusque là, mangeait seule et de la main droite, se trouve paralysée de tout le côté droit. — Incontinence d'urine et des matières fécales. Sensibilité conservée. La malade répond encore aux questions qu'on lui pose.

4 *juin*. La malade ne répond plus : aphasie complète. — Incontinence d'urine et des matières. — Le côté droit est paralysé, le côté gauche est sain ; somnolence, sueurs. Commencement de rougeur au sacrum. Cœur : battements sourds, sans souffle. Pouls petit, irrégulier.

Du 4 *juin* au 11 *juin*, les mêmes symptômes persistent. — Coma. La rougeur au sacrum fait place à une ulcération et la malade meurt le 11 *juin*, à 5 h. du matin.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé : dans l'hémisphère gauche du *cerveau* un ramollissement cortical siégeant entre la deuxième et troisième circonvolution temporale et s'étendant jusqu'au lobe occipital intact. Le sillon de Rolando, les circonvolutions voisines et le lobule de l'insula étaient intacts.

Poumons : Points de pneumonie lobulaire. — *Reins* : Deux infarctus dans le rein droit. — *Péricarde* : A la

surface externe, pas de granulations. A la surface interne, nodules avec aspect caséeux. jaunâtre, non crétacés. Sur quelques points, séreuse vascularisée, dépolie, granuleuse, dénotant une péricardite récente.

Un peu d'épanchement sanguin dans le péricarde ; environ 30 gr. Le péricarde viscéral qui recouvre le ventricule gauche est rouge et fortement vascularisé ; léger exsudat fibrineux ; par points, la séreuse est dépolie. Pas de granulations tuberculeuses.

Le ventricule droit est comme effacé, et paraît comme appendu au ventricule gauche qui paraît globuleux. A la coupe, le ventricule droit est sain. — Le myocarde du ventricule gauche présente un véritable feutrage de caillots fibreux anciens, jaunes, dégénérés, siégeant sur la paroi antérieure du ventricule, vers sa pointe.

A l'examen microscopique, état granuleux des fibres musculaires : les stries sont moins nettes qu'à l'état normal. — L'examen microscopique du foyer de ramollissement cérébral montre des corps granuleux à bords nets résultant de la dégénérescence des cellules. — Le genou gauche présentait une synoviale vasculaire, rouge, avec un léger épanchement articulaire.

RÉFLEXIONS. — Nous avons aussi assisté à des accidents de localisations diverses, ayant un début brusque et une marche suffisamment rapide pour pouvoir être facilement diagnostiqués. — Ces accidents avaient tous une origine commune : une thrombose cardiaque. Bien que l'examen anatomique démontre que cette lésion cardiaque était ancienne, le diagnostic n'en était pas moins très difficile pendant la vie, car les symptômes fonctionnels et les signes physiques ont été très peu marqués du côté du cœur, et, malgré une recherche attentive, on n'a pu trouver que quelques signes communs à la plupart des autres lésions cardiaques, c'est-à-dire battements du cœur irréguliers, inégaux et intermittents ; pouls petit et inégal ; douleur du côté gauche et de l'étouffement au début. — Je signalerai enfin la rareté de la péricardite chez le vieillard ; cette femme avait 83 ans. Cette péricardite hémorragique était d'origine récente, localisée au ventricule gauche, et secondaire à la lésion du myocarde. Je la rapprocherai, pour mémoire, d'un cas de péricardite secondaire à la tuberculisation du péricarde, chez une femme de 87 ans,

observation que j'ai présentée récemment à la Société anatomique.

17. Phlegmon laryngé rétro-thyroïdien. — Œdème de la glotte. — Mort en cinq jours; par A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Louis Quénard, âgé de 24 ans, entré le 7 juin 1881 dans le service de M. le professeur JACCOUD, au n° 34 de la salle St-Jérôme. C'est un garçon robuste, peu alcoolique, et qui, jusqu'à présent, n'a jamais, nous dit-il, été malade.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est refroidi brusquement en travaillant dans une cave, et a été pris rapidement, en pleine santé pour ainsi dire, d'accidents de plus en plus graves, enrouement, respiration bruyante et difficile, accès de suffocation, etc.

Actuellement, le malade présente tous les signes d'un œdème de la glotte des plus prononcés. La respiration est longue, pénible, et fait entendre un ronflement inspiratoire rauque, grave, et prolongé, tandis qu'à l'expiration le bruit laryngé est plus sourd, moins long et moins bruyant. La pause respiratoire normale est presque abolie; 24 respirations par minute. La voix est rauque, étouffée, peu distincte; la toux peu fréquente présente les mêmes caractères. Dans la poitrine, la sonorité est normale des deux côtés, l'auscultation ne permet d'entendre que le retentissement des bruits laryngés. La pression sur les parois antérieure et latérale du larynx est douloureuse, et toute la région est légèrement empâtée. La déglutition est pénible pour les liquides, presque impossible pour les aliments solides. L'examen de la gorge est négatif, et ne montre ni rougeur, ni gonflement anormal.

La face est pâle et couverte de sueur, les lèvres sont violacées; léger tirage sus-sternal, pas de tirage épigastrique. T.M. 39°. I.T. S: 39°. 6. Traitement. Application permanente de glace sur la région laryngée; friction à l'huile de croton sur le devant de la poitrine; eau-de-vie allemande, 40 grammes. Lait glacé.

7 juin. Soir. La respiration est encore plus bruyante, plus pénible que le matin. Le malade s'agite dans son lit, parle tout haut, dans une sorte de demi-délire, qui disparaît cependant dès qu'on l'interroge. A 8 heures du soir, survient un violent accès de suffocation, qui nécessite la trachéotomie d'urgence.

8 juin. Le malade a été très agité pendant toute la nuit, et l'on a dû lui mettre la camisole de force. Il est plus calme

le matin. Toute la région antéro-supérieure du cou est douloureuse, beaucoup plus tuméfiée que la veille, à ce point que la dépression sous-maxillaire est presque effacée. Au niveau et sur les côtés de l'os hyoïde, on sent, par la palpation, de gros ganglions peu mobiles, et douloureux. Rejet abondant de mucosités purulentes par la canule. T. M. 39°. T. S. 39°.8.

9 juin. L'état est de plus en plus grave; le gonflement de la partie supérieure du cou a encore augmenté; la respiration est stridente, précipitée (50 par minute), et amène le rejet d'un pus épais, véritablement phlegmoneux, mélangé de mucosités, et qui vient sans cesse souiller les linges qui entourent le cou du malade. La face est altérée et couverte de sueurs, l'agitation continuelle. T. M. 39°.5. T. S. 39°.2.

Mort à 7 heures du soir, au cinquième jour de la maladie.

AUTOPSIE. — Les différents viscères ne présentent que des lésions banales de congestion superficielle; seul, l'appareil respiratoire est altéré.

Les poumons sont gorgés de sang, et présentent dans leurs lobes inférieurs quelques nodules disséminés d'induration bronchopneumonique.

La muqueuse des bronches et de la trachée est tuméfiée, d'un rouge vif. Les ganglions lymphatiques situés de chaque côté du larynx sont violacés, et notablement augmentés de volume.

L'arrière-gorge, le pharynx, l'œsophage, et le tissu cellulaire qui les entoure ne montrent aucune lésion. Il en est tout autrement du larynx. L'épiglotte a conservé sa forme et l'intégrité de son squelette cartilagineux; mais, sur sa face antérieure, les fossettes glosso-épiglottiques ont disparu, effacées par un boursoufflement très prononcé de la muqueuse, qui est colorée en rouge vif. Cette même coloration inflammatoire se retrouve sur le bord libre et la face laryngée de l'épiglotte, mais, là, sans gonflement notable de la muqueuse. Les replis aryéno-épiglottiques sont boursoufflés, ridés, d'une coloration grisâtre.

Après incision du larynx sur la partie médiane de sa face postérieure, nous trouvons la muqueuse violacée dans la portion sous-glottique de l'organe, et, dans sa moitié supérieure, d'un rouge de plus en plus vif à mesure que l'on remonte jusqu'au bord libre de l'épiglotte. Les cordes vocales sont saines, et la muqueuse du ventricule vient, de chaque côté, faire saillie dans leur interstice. A droite, et exactement au-dessus de la partie moyenne de la corde vo-

cale supérieure, existe un bourrelet saillant, oblong, formé par la muqueuse, et présentant à son pourtour de petits orifices déchiquetés d'où, par la pression, on fait sourdre des gouttelettes purulentes.

Les gouttières latérales du larynx paraissent diminuées de profondeur; si, avec un scalpel, nous en incisons le fond, de chaque côté, séparant ainsi le corps du larynx proprement dit d'avec la face profonde du cartilage thyroïde, nous trouvons toute cette région infiltrée d'un pus jaunâtre, crémeux, et en partie collecté. La cavité de cet abcès péri-laryngé est divisée en deux loges indépendantes et symétriques, situées de chaque côté, et dont les limites sont les suivantes : en bas, le bord inférieur du cartilage thyroïde, et ses articulations avec le cricoïde ; en haut, les ligaments et fibres musculaires glosso-épiglottiques, formant une sorte de raphé, épais de 1 centimètre environ, qui sépare les deux prolongements supérieurs de l'abcès ; en arrière, la muqueuse des gouttières latérales ; en avant, l'angle rentrant du thyroïde, aussi loin qu'on en peut juger.

Quant au squelette cartilagineux du larynx, il est parfaitement intact, et ne présente aucune trace de lésion ancienne qui ait pu devenir le point de départ de ce phlegmon. Les ganglions lymphatiques situés de chaque côté du larynx sont très tuméfiés, ramollis, d'un rouge violacé, et manifestement enflammés.

RÉFLEXIONS. — Rien de plus net que l'histoire anatomique et clinique de ce malade, et si cette localisation du phlegmon laryngé eût été moins exceptionnelle, les symptômes observés pendant la vie en eussent permis le diagnostic. La fièvre vive, la douleur à la pression latérale sur le cartilage thyroïde, le gonflement inflammatoire sous-maxillaire et péri-laryngé, le rejet de pus phlegmoneux par la canule, enfin le peu d'intensité relative de la dysphagie, nous paraissent, à cet égard, des plus significatifs. L'œdème de la glotte, au contraire, avec les différents phénomènes qui le caractérisent, nous semble secondaire et dû à une simple fluxion collatérale de voisinage. Quant à la cause prochaine de la mort, elle est plus difficile à expliquer : s'agit-il de troubles nerveux ayant pour point de départ l'irritation des nerfs laryngés ; n'y a-t-il pas eu plutôt congestion pulmonaire suraiguë, et broncho-pneumonie par irritation directe, due à la pénétration du pus dans les voies aériennes,

c'est ce qu'il est difficile de dire, bien que la seconde hypothèse nous paraisse la plus vraisemblable.

M. RECLUS dit qu'il a observé récemment un œdème de la glotte des plus nets, déterminé par un refroidissement.

18. Contracture du bras gauche par contusion cérébrale au niveau de la circonvolution [frontale ascendante; par D. BARBE, interne des hôpitaux.

Une femme, âgée de 77 ans, est amenée le 6 juin à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr B. ANGER. Cette femme avait fait une chute dans un escalier et la tête avait porté. En effet, elle présente au niveau de la bosse pariétale droite une petite plaie du cuir chevelu, saignant peu. Il est impossible de constater l'existence d'une fracture du crâne. En même temps, cette femme est étendue sans connaissance, privée de mouvements et de sentiment; les excitations les plus vives ne peuvent la tirer de son état de torpeur. Les jambes sont en résolution musculaire, le bras droit retombe inerte, mais, le bras gauche est fortement contracturé, à tel point qu'on ne peut étendre l'avant-bras sur le bras. Il n'y a pas de déviation de la tête, ni des yeux, mais la bouche est déviée du côté gauche. La malade reste dans cet état le jour suivant.

Le surlendemain, le pincement des téguments la fait sortir de son état de torpeur, elle ouvre ses paupières, tire la langue lorsqu'on le lui demande, suit des yeux le doigt qu'on promène devant son visage et répond d'une façon intelligible à quelques questions qu'on lui adresse. Les jambes ainsi que le bras droit sont toujours dans la résolution musculaire; quant au bras gauche, il est contracturé. Le pouls est fréquent; la température un peu au-dessus de la normale; à l'auscultation du cœur, on constate l'existence d'un rétrécissement aortique.

Les deux jours suivants, même état, la malade est éveillée, on constate que la déviation de la bouche a disparu; les commissures s'écartent également lorsque la malade parle. Mais, le lendemain, elle retombe dans la somnolence; le pouls a augmenté de fréquence, la température s'est élevée, la contracture du bras gauche persiste toujours, puis la mort a lieu le 13 juin, au matin.

AUTOPSIE. — On constate un léger épanchement sous-péri-crânien, mais, pas de fracture du crâne; en revanche, il y a une adhérence intime des os du crâne à la dure-mère; de plus, à la face interne de celle-ci, on constate les lésions de la

pachyméningite étendues à toute cette membrane, avec de petits hématomes en voie de formation, les plus gros de la grandeur d'une pièce de un franc.

En outre, on constate à droite, sous la dure-mère, une mince nappe de sang recouvrant toute la face externe de l'hémisphère cérébral droit. Un peu au-dessus du milieu de cette face, l'arachnoïde viscérale est déchirée, une veine située à ce niveau a été également contuse et ouverte. Ce sang est entraîné par un mince filet d'eau. Alors, on constate une légère infiltration de sang sous l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère. Celle-ci étant détachée de la surface du cerveau, on constate à la coupe de cet organe un foyer de contusion cérébrale limité à la partie supérieure et antérieure de la circonvolution frontale ascendante, s'étendant dans le pied de la première circonvolution frontale. Ce foyer a la grosseur d'une noix et est caractérisé par une teinte rougeâtre uniforme de la substance cérébrale, tant dans sa profondeur qu'à sa surface, et par l'existence d'un pointillé hémorragique, chaque point ayant environ la grosseur d'une tête d'épingle.

Cette lésion, localisée à ce niveau, a certainement déterminé la contracture du bras gauche et a peut-être occasionné la déviation momentanée de la bouche, du même côté, par irritation du voisinage.

19. Lymphadénome du testicule ; par G. MAUNOURY.

Lesaint, cordonnier, âgé de 44 ans, est entré à l'hôpital de Chartres le 24 mai 1881. Cet homme dit s'être toujours bien porté, et il n'accuse aucun antécédent syphilitique. Il y a deux ans, il s'aperçut par hasard qu'il portait une petite tumeur dure sur le testicule gauche ; cette petite tumeur semblait surajoutée à la glande avec laquelle elle formait, suivant l'expression du malade, comme une cerise jumelle. Elle augmenta peu à peu sans donner lieu à aucune douleur ; mais, lorsqu'elle eut pris un certain volume, elle détermina quelques tiraillements à l'aîne que le malade fit disparaître à l'aide d'un suspensoir. Depuis deux mois, l'augmentation de volume a été plus rapide. Enfin, il y a trois semaines, le malade observa pour la première fois qu'il se développait sur le testicule droit de petites nodosités indurées, ayant absolument le même aspect et la même marche que les lésions du côté gauche, à leur début.

Examen du malade. Les bourses forment une tumeur ayant à peu près le volume des deux poings. Cette tumeur s'est développée exclusivement aux dépens de la moitié

gauche, elle est très nettement fluctuante, transparente, et, au premier abord, semblable à une hydrocèle, mais, si l'on vient à déprimer fortement la peau, on sent qu'il existe derrière le liquide une masse dure, formée évidemment par une tumeur solide du testicule. Pour faciliter l'examen, je fais une ponction qui donne issue à 300 grammes environ d'un liquide citrin, tout à fait semblable à celui de l'hydrocèle vulgaire, et l'on peut alors parfaitement sentir une tumeur de consistance ligneuse, du volume d'une grosse orange, un peu aplatie latéralement, offrant une surface légèrement bosselée, parfaitement mobile sous la peau qui a conservé son aspect normal, complètement indolente et ne donnant en aucun point, par la pression, la douleur caractéristique du testicule.

Il n'y a pas d'épanchement dans la vaginale du côté droit. Le testicule, de ce côté, a conservé le volume, la consistance et la surface lisse qu'il présente à l'état normal; mais, en le palpant, on constate que sa sensibilité particulière à la pression est exagérée, le malade se figure qu'on presse violemment cette glande alors qu'on ne fait que la toucher légèrement. En outre, il existe le long de son bord postérieur des nodosités arrondies, du volume d'un pois ou d'un haricot, les unes molles, les autres plus dures, indolentes à la pression, formant ensemble une petite tumeur irrégulière qui a presque le volume du testicule; d'après les caractères de cette tumeur, il semble bien qu'elle siège dans l'épididyme.

De chaque côté, le cordon est sain dans toute sa hauteur. Il n'existe pas trace d'engorgement ganglionnaire inguinal ou iliaque. — Le toucher rectal ne montre aucune lésion du côté des vésicules séminales. — Etat général excellent; appétit normal. Le malade n'a pas maigri; il a conservé toute sa vigueur. On ne trouve en aucun autre point du corps de tumeur ni d'induration.

Il est évident qu'on ne peut songer ici à une tumeur syphilitique, toutefois, par acquit de conscience, j'administre au malade le traitement spécifique (2 gr. d'iodure de potassium et 0,05 centigr. de protoiodure de mercure par jour). — Le 16 juin, les choses restant dans le même état, je procède à l'ablation du testicule gauche. Opération avec le thermo-cautère, ligature en masse du cordon, aucun incident. Je ne touche pas au testicule droit.

Examen de la tumeur. La vaginale renferme une quantité notable de liquide citrin; il existe de nombreuses adhérences qui unissent solidement la surface de la tumeur à la vaginale pariétale, ces adhérences sont très intimes, surtout en haut et en bas. Le cordon est intact, un peu plus gros et

plus riche en veines qu'à l'état normal, il suit le bord postérieur de la tumeur proprement dite pour se jeter, vers sa partie inférieure, dans l'épididyme. L'épididyme remonte le long de ce bord, contenu dans le repli normal de la vaginale; dans tout ce trajet, l'épididyme paraît absolument sain, il a conservé son volume et son aspect normal et n'offre pas trace de dégénérescence. Arrivé à la partie supérieure de la tumeur, il se perd dans cette tumeur en un point où existe une bosselure grosse comme une noisette et près de laquelle se trouve un petit kyste séreux; je ne puis dire si cette portion terminale de l'épididyme est dégénérée; en tous cas, l'altération ne porterait que sur l'extrémité de la tête.

La tumeur proprement dite a la forme d'un ovoïde aplati sur ses faces latérales; elle présente un diamètre vertical de 10 centimètres, un diamètre transversal de 6 centimètres et un diamètre antéro-postérieur de 7 centimètres; sa surface est blanche, lisse, un peu bosselée; sa consistance est élastique et uniforme.

Si l'on fait une section verticale de la tumeur, on observe qu'elle est recouverte de tous côtés par une enveloppe albuginée épaisse, et que le tissu propre de la tumeur est un tissu gris rosé, mou, élastique, divisé en lobules d'inégale grosseur par des travées fibreuses très minces, translucides, qui parcourent toute la tumeur. Ces lobules, variant du volume d'une noisette à celui d'un pois, font une légère saillie sur la coupe, comme les lobules d'un foie cirrhosé; à la partie supérieure de la tumeur, un de ces lobules, gros comme une noix, répond à la saillie extérieure qui se trouve au niveau de la tête de l'épididyme; ce lobule semble un peu isolé du reste de la tumeur par une bandelette fibreuse, plus large que les autres. Çà et là, on trouve des masses jaunâtres opaques, substance en dégénérescence caséuse. En outre, on trouve en plusieurs points, mais presque exclusivement dans la partie inférieure de la tumeur, quelques minces îlots de substance grisâtre ayant l'aspect de substance testiculaire; le plus net et le plus volumineux de ces îlots se trouve sous forme de bandelette étroite, à l'extrémité inférieure de la tumeur, entre cette tumeur et l'albuginée, mais, en réalité, il y a plusieurs îlots analogues dans le tissu même de la tumeur, ce qui démontre bien l'envahissement et non le refoulement de la glande.

Examen histologique à l'état frais. — Le tissu de la tumeur est formé de cellules assez petites, la plupart rondes, d'autres irrégulières, avec prolongement simple ou double. Dans ce premier examen, je n'ai pas traité les coupes par le

pinceau; aussi, n'ai-je pas constaté la présence d'un réticulum. Quant aux îlots de substance grise, ils sont formés par des tubes séminifères très nets dont les cellules présentent une altération granulo-graisseuse.

Je pense qu'il s'agit là d'un sarcome du testicule, et qu'il a lieu de pratiquer l'ablation de l'autre glande.

M. RECLUS pense que ce doit être un lymphadénome du testicule (1).

20. Epilepsie. — Fracture de l'humérus. — Ostéomalacie. — Obstruction intestinale par rétrécissement du bassin; par BOURNEVILLE et CH. FÉRÉ.

Lenorm.... Elise, âgée de 43 ans, est entrée à la Salpêtrière en 1857, et est passée en 1870 du service de M. DELASIAUVE dans celui de M. CHARCOT.

Renseignements fournis par sa mère (22 novembre 1866). Père ordinairement bien portant, sobre, était *hémiplegique* quand il est mort, à l'âge de 65 ans, on ne sait de quelle maladie. [Mère morte après 60 ans, on ne sait de quoi. Deux de ses sœurs ont succombé à la suite de couches, la cadette était très nerveuse et avait des *attaques de nerfs* après des contrariétés. Un cousin germain du père est *aliéné* et enfermé dans un asile; il est *paralytique général*, porte des croix, plaide contre l'empereur, etc. (En 1874 il était encore vivant). [Mère, *athsmatique*, a eu des hémoptysies, n'est pas nerveuse. Son père est mort du choléra en 1832, à 48 ans; sa mère est morte à 89 ans, elle était tombée 3 fois en *paralysie*. Trois sœurs sont bien portantes, pas d'accidents nerveux, etc. Pas de consanguinité. Les parents de notre malade ont eu 10 enfants, dont 5 sont vivants: 1° notre malade; 2° un garçon, *convulsions* dans l'enfance, vivant; 3° garçon mort de *convulsions* tout jeune; 4° garçon, *convulsions* dans l'enfance, vivant, 25 ans; 5° fille, morte du croup, avait eu des *convulsions*; 6° fille, 23 ans, bien portante, a eu des *convulsions*; 8° et 9° filles mortes jeunes, avaient eu des *convulsions*; 10° garçon, 13 ans, *convulsions* dans l'enfance, maintenant bien portant.

Notre malade est née 13 mois après le mariage, le père avait alors 25 ans et demi, et la mère 24. La mère avait eu une bonne grossesse, cependant, elle avait éprouvé une vive contrariété avec sa belle-mère. Accouchement facile.

(1) L'examen histologique, fait ultérieurement, démontra en effet l'existence d'un fin réticulum entre les cellules. Il s'agit donc bien là d'un lymphadénome du testicule.

A la naissance, le menton de la petite fille tremblait; beaucoup de *convulsions* dès les premiers mois. La mère l'a élevée au sein pendant cinq mois seulement, parce qu'elle était devenue enceinte. Elle a marché seulement à 2 ans et demi; a parlé avant de marcher; propre de bonne heure. Elle avait appris à lire et à écrire, mais, elle était peu intelligente. Elle cannait des chaises en jonc, et était active. Elle a toujours eu des accès. Régulée vers 13 ans, abondamment et régulièrement; à ce moment, les crises sont devenues à la fois plus fortes et plus fréquentes; accès avant et après l'écoulement menstruel. Pas de traces de scrofule; pas d'onanisme. A cette époque, elle était encore assez intelligente, parlant bien, raisonnant convenablement; sa mémoire était bonne.

Il y a deux ans qu'elle a de la faiblesse des membres inférieurs; toutes ses facultés ont baissé, elle devint méchante. Pendant les derniers temps de son séjour chez sa mère, elle avait du *délire* consécutivement aux crises. Durant longtemps, elle ne tombait que le jour. A son entrée, elle avait des accès diurnes et nocturnes. Pas de rapports sexuels.

Etat actuel (novembre 1866). De temps en temps, il lui prend des faiblesses dans les jambes, accompagnées, paraît-il, de douleurs; et elle est obligée pendant 8 ou 10 jours de garder le lit. Habituellement, elle marche peu, son allure dénote une fatigue rapide. Actuellement, elle est couchée; on attribue cette crise à ce qu'elle s'est fatiguée le 18 novembre, étant sortie dehors. Pas de contracture des membres; la sensibilité au chatouillement semble très obtuse, elle sent mieux le pincement et la piqure (phénomènes réflexes), mais la malade ne se plaint pas de ces manœuvres. La sensibilité est peut être, d'une façon générale, moins affaiblie à gauche qu'à droite. La malade, d'ailleurs, ne peut fournir aucun renseignement. En 1868, elle se fit, dans un accès, une fracture du bras gauche; elle ne voulut supporter aucun appareil; il en résulta une consolidation vicieuse.

1874. On ne peut savoir si elle sentait quelque chose avant son accès, si elle pouvait prévenir. Toutefois, on assure qu'elle disait: *maman! maman!* puis poussait un cri aigu et tombait. Quelquefois, elle s'est blessée, malgré la surveillance, ce qui indique que l'aura, si tant est qu'elle en eût une, était de courte durée. Pas de vision colorée. Après l'attaque, L... se plaignait d'une douleur dans l'estomac. Pas de palpitations. *Etourdissements* et accès; dans ses accès, elle devient toute noire.

1875. 9 janvier. *Etat intellectuel*. *Physionomie* obtuse,

regard méchant, sombre. Elle reste toute la journée assise sur un fauteuil, gâteuse. Elle est en train de manger: elle coupe méthodiquement sa viande en petits morceaux qu'elle place d'un côté de son assiette et les légumes de l'autre; puis, elle coupe son pain en morceaux qui se tiennent un peu; cela fait, elle commence à manger assez proprement. Tout d'abord, elle ne veut pas parler, puis, consent à dire son nom. En général, elle ne parle pas; quelquefois, elle se dispute avec sa voisine (Coulon); n'est pas violente. Elle affectionne beaucoup le tabac à priser; aussi, pour la décider à parler, on lui fait montrer du tabac; sa figure devient souriante; on lui dit d'aller le chercher: elle se lève, marche un peu courbée, rit, et se décide à dire qu'elle est de la Grande rue de Reuilly, parle de sa mère, dit qu'elle faisait des chaises. Elle prend son tabac avec plaisir, et retourne s'asseoir et manger. On veut lui prendre son vin: sa figure prend une expression de mécontentement, de protestation; on le lui rend, elle rit absolument comme un enfant. Elle ne parle guère, à moins d'être provoquée et encore difficilement; quelquefois pourtant, elle parle spontanément de sa mère. Elle reconnaît ses parents, leur dit seulement: « Je vous attendais ». Elle est contente de les voir parce qu'ils lui apportent beaucoup; s'ils ne lui donnent rien, elle cherche autour d'eux. Toujours gâteuse.

1877. 12 avril. Le 9 avril, elle a eu trois accès. Le 10, elle s'est levée, mais paraissait souffrante, ne mangeait ni ne parlait. Elle a eu une *pneumonie* au sommet droit, qui s'est terminée par la résolution en une dizaine de jour.

Au mois de juin 1878, elle a eu encore une affection fébrile qui a duré une douzaine de jours et sur laquelle nous n'avons que des renseignements incomplets.

1879. 8 mars. Œdème prononcé des pieds, modéré aux jambes, rien aux cuisses.

9 mars. Urine assez colorée, dépôt floconneux occupant le quart du vase. Par la chaleur, dépôt blanc qui disparaît par l'addition de 4 ou 5 cent. cubes d'acide nitrique, qui, seul, ne produit rien. Pas de sucre, L... ne prend que des aliments liquides de temps en temps, elle est sujette à des vomissements; ses selles sont ordinairement diarrhéiques; jamais de constipation. Sensibilité normale.

1880. Mai. Les jambes ont enflé dans les premiers jours de mai. Le 9 mai, l'œdème occupait les pieds et les jambes; depuis deux jours, diarrhée.

11 mai. Amélioration, l'œdème a diminué, mais le pied gauche reste enflé. La malade est levée et mange assez bien.
T R. 38°.

Depuis 1871 jusqu'à la fin de 1880, les accès et les vertiges se sont présentés avec une fréquence assez variable, mais sans aucune périodicité.

ANNÉES.	ACCÈS.	VERTIGES.
1871	83	48
1872	72	46
1873	210	24
1874	244	3
1875	173	26
1876	87	23
1877	98	24
1878	33	6
1879	70	15
1880	90	10

1881. Dix accès dans le courant de janvier. Le 28 janvier nous sommes appelé auprès d'elle parce qu'il était survenu un gonflement considérable au ventre et qu'elle n'avait pas été à la selle depuis un jour au moins, pensait-on. Nous la trouvons très affaissée, la face très pâle, les traits tirés, les lèvres cyanosées. Les mains sont froides, les ongles bleuâtres. Les deux membres inférieurs sont considérablement œdématiés jusqu'aux aines, les grandes lèvres sont aussi très tuméfiées. Le ventre est considérablement distendu, rendant partout un son tympanique à la percussion; l'exploration extérieure du ventre ne nous permet de constater rien autre chose que le météorisme. Nous essayons de pratiquer le toucher vaginal, mais, le doigt est presque immédiatement arrêté dans une rainure à parois osseuses dirigée d'avant en arrière, et qu'il est tout à fait impossible de franchir. En introduisant le doigt dans l'anus, on peut remonter dans la concavité du sacrum, mais on n'atteint pas l'obstacle; nous essayons en vain de faire pénétrer une sonde œsophagienne. Tous les liquides qu'on injecte reviennent par l'anus sans avoir pénétré dans l'intestin.

Cependant, le soir, la malade rendit une certaine quantité de matières liquides. Les urines n'avaient jamais cessé de couler, mais la malade urinait toujours sous elle depuis plusieurs mois. Pendant les deux jours suivants, on essaya encore à plusieurs reprises d'introduire des lavements, mais, ce fut en vain, la malade mourut le 1^{er} février sans qu'on ait pu obtenir de selles.

AUTOPSIE (3 février). — L'encéphale pèse avec les membranes 1145 gr. Nous ne trouvons aucune lésion des méninges, qui sont parfaitement transparentes; pas d'athérome des vaisseaux, pas d'adhérences. Les circonvolutions

des deux hémisphères ne présentent pas d'anomalies ni d'asymétrie notable. Les deux hémisphères, soigneusement dénudés et pesés séparément, pèsent 475 gr. Les deux cornes d'Ammon sont légèrement indurées, si on les compare à celles d'un cerveau sain.

Il existe un tympanisme considérable. A l'ouverture du ventre, on trouve le *colon*, sur toute la longueur, extrêmement distendu et présentant un diamètre de 15 à 25 centimètres suivant les points; sa tunique musculieuse est considérablement épaissie, elle a presque partout 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Tout l'intestin est distendu par des gaz, sauf la partie inférieure de l'S iliaque, où il y a une accumulation de matières fécales dures qui a presque le volume d'une tête d'adulte. Au niveau du détroit supérieur, l'intestin est subitement rétréci par le rapprochement des os du bassin.

Le *diaphragme* est fortement repoussé en haut, de telle sorte que sa convexité remonte à droite jusqu'au troisième espace intercostal, et à gauche jusqu'au quatrième. Le ligament falciforme du foie forme une cloison verticale de 10 centimètres de hauteur qui sépare la partie supérieure de la cavité abdominale en deux loges et qui aboutit, non à la convexité du foie, mais à son extrémité gauche qui s'arrête sur la ligne médiane. Le *foie* est situé tout entier à droite de la colonne vertébrale; le lobe gauche paraît manquer, la face inférieure est devenue presque verticale et regarde en dedans; cet organe ne pèse que 800 grammes; sans offrir de lésions appréciables, la vésicule contient six calculs biliaires d'un vert sombre, du volume d'une noisette.

Les deux *poumons* sont accolés à la partie postéro-supérieure du thorax, mais sont sains.

Cœur, P. 195 gr.; D.T. 80; D.L. 70; M. 80; T. 88; A. 62; P. 66. Valvule mitrale légèrement épaissie; orifice aortique suffisant, valvules saines; quelques plaques blanchâtres sur l'aorte. *Rein* droit, 95 gr., gauche, 105. *Rate*, 85 gr. *Utérus*, sain.

Squelette. 1° *Crâne*. Le trou occipital ne présentait pas de déformation appréciable. La mensuration de la calotte à l'état sec donne les résultats suivants: D.L. 174, D.T. 145. Pas d'asymétrie. La suture sagittale commence à s'oblitérer à sa partie postérieure, et l'oblitération est plus marquée en avant de l'obélion qu'en arrière. (2 trous pariétaux, un de chaque côté).

2° *Bassin*. Lorsqu'on examine le bassin par sa surface externe et latérale, on est frappé de la forme du sacrum

qui, tellement courbé en avant sur sa face postérieure, forme avec, en comprenant le coccyx, la moitié d'une circonférence dont le diamètre est représenté par la distance de la pointe du coccyx à la base du sacrum (73^{mm}). Cette courbure est encore plus considérable sur la face antérieure des 2 os, qui forment une sorte de crochet. Sur cette face, la base du sacrum, qui est à peu près sur le même plan que le fond de l'échancrure sciatique, n'est distante que de 51^{mm} de la pointe du coccyx, qui est à peu près horizontal. Les trous sacrés ne paraissent pas sensiblement déformés,

La face externe de l'os iliaque, au lieu de présenter une dépression de la fosse iliaque externe, forme une saillie oblongue, dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Cette déformation résulte de la flexion d'avant en arrière et de bas en haut de la partie supérieure de l'os iliaque. Cette flexion apparaît encore plus nettement, quand on examine l'os par sa face interne; on voit alors que le fond de la cavité cotyloïde n'est distant de la base du sacrum que d'un centimètre environ. La fosse iliaque interne est fortement excavée. Elle forme une cavité dont la forme et la direction correspondent à celles de la saillie de la face externe; cette cavité est un peu plus marquée du côté droit, où elle a une profondeur de 45^{mm}. Des deux côtés et surtout à gauche, on remarque au fond de l'excavation une destruction superficielle de l'os, qui présente une surface poreuse.

Il résulte de cette flexion de l'os iliaque, que la moitié inférieure de son bord antérieur a pris une direction à peu près horizontale; jusqu'au-dessus de l'épine iliaque inférieure, le bord de l'os continue la direction de l'éminence iléo-pectinée. Les cavités cotyloïdes regardent beaucoup plus en avant qu'à l'état normal, leurs axes forment un angle de 45 degrés environ. Leur profondeur est exagérée, d'environ 35^{mm} de chaque côté; et, comme les diamètres des orifices varient de 40 à 42 ou 43^{mm}, il en résulte qu'elles forment beaucoup plus de la moitié d'une sphère creuse. L'augmentation de profondeur de ces deux cavités est due non seulement au refoulement de la partie antérieure, mais encore à l'usure de la surface articulaire qui ne se distingue plus de l'arrière-fond de la cavité et qui est tellement usée, que la partie la plus profonde est devenue transparente, et s'est fendue pendant la dessiccation. Toute la surface des deux cavités est d'ailleurs profondément érodée.

Par suite de l'enfoncement dans le bassin des cavités co-

tyloïdes, qui se sont rapprochées presque jusqu'au contact de l'angle sacro-vertébral, les deux pubis ont changé complètement de direction, et sont devenus antéro-postérieurs et parallèles; les deux os se touchent en avant sur la ligne médiane, par leur face interne et non plus par leurs surfaces symphysiennes. Les branches horizontales des pubis, dans toute leur longueur, ne sont pas écartées de plus de 5 à 6^{mm}; les points qui correspondent au fond des deux cavités cotyloïdes, sont écartés d'un peu plus de 2 centimètres. Le fond de la cavité cotyloïde gauche n'est distant que de 5^{mm} à peine du milieu du corps de la cinquième vertèbre lombaire, tandis que le fond de la cavité cotyloïde droite est à 7 ou 8^{mm} de la même vertèbre, mais correspond à peu près au bord droit de son corps. La face antérieure de l'aile du sacrum n'est séparée de la partie postéro-externe du fond de la cavité cotyloïde de chaque côté, que par un espace de 12 à 13^{mm}; il résulte de cette disposition que le détroit supérieur a pris la forme d'un gamma (γ) ou d'une fente bifurquée.

Les branches descendantes des pubis et ascendantes des ischions laissent entre elles un espace de 12^{mm} environ, à sa partie moyenne, et à la partie inférieure, les deux ischions ne sont distants que de deux centimètres à peine.

Nous nous contenterons d'ajouter quelques mensurations pour compléter la description de ce bassin.

Diamètre bi-iliaque maximum	230
Distance des 2 épines iliaques antérieures et supérieures.	227
— des 2 épines iliaques antérieures et inférieures.	126
— des 2 épines iliaques postérieures et supérieures.	80
— des 2 épines iliaques postérieures et inférieures.	60
— des 2 épines sciatiques.	53
Diamètre sacro-pubien.	95
— bi-ischiatique.	65
Distance de l'ischion au coccyx des 2 côtés.	50
— de l'épine sciatique droite au coccyx.	28
— de l'épine sciatique gauche au coccyx.	33

On remarquera que l'épine sciatique droite est plus près du coccyx que la gauche, tandis que le fond de la cavité cotyloïde est plus près du milieu de la base du sacrum à gauche qu'à droite, ce qui montre que le sacrum a une direction un peu oblique de haut en bas et de gauche à droite.

3° L'*humérus gauche* présente, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, un cal difforme, volumineux et irrégulier, percé de nombreuses petites excavations, et hérissé

d'aspérités plus ou moins saillantes. Autant qu'on peut en juger, il s'agissait d'une fracture à peu près transversale. Le fragment inférieur s'est dévié fortement en dedans, de manière à former avec le supérieur un angle ouvert en dedans d'environ 70 degrés; lorsqu'on fait reposer la surface articulaire supérieure et l'épitrôchée sur le plan horizontal, on voit que le bord interne de l'os forme un arc irrégulier, dont la flèche mesure 5 centimètres.

21. Bride péritonéale ; par Ch. FÉRÉ.

M. FÉRÉ montre le colon transverse d'une vieille femme sur la face inférieure duquel on voit des appendices épiploïques lamelleux, dont quelques-uns ont une longueur de 8 à 10 centimètres formant une sorte de bandelette de un centimètre de large, et très mince, à peine épaisse d'un millimètre. Une de ces bandelettes a contracté des adhérences par son extrémité libre à l'autre extrémité du diamètre du colon qu'elle entoure d'une ceinture incomplète. A l'autopsie, on a trouvé une anse d'intestin grêle entre le colon et la bandelette graisseuse; mais, cette introduction ne s'était sans doute faite qu'après la mort, car, cette anse ne présentait aucune lésion, et, d'ailleurs, n'avait offert pendant la vie aucun trouble de ce côté. Cette forme particulière de bride péritonéale valait peut-être pourtant la peine d'être signalée.

Séance du 24 juin 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

22. Calcification généralisée des parois de la vésicule biliaire ; par H. LELOIR, interne des hôpitaux.

La nommée D... Marie, âgée de 68 ans, entre en juin 1881 à la Charité, dans le service de M. VULPIAN, suppléé par M. RATHERY. Outre des signes de tuberculose pulmonaire avancée, la malade portait dans l'abdomen, à droite, non loin du bord inférieur du foie, à 5 travers de doigt du creux épigastrique, une tumeur paraissant du volume du poing,

dure, à peine mobile, indolore. La nature de cette tumeur ne fut pas déterminée; on songea cependant à un ilot de péritonite chronique.

AUTOPSIE. — On fut tout étonné de trouver, au niveau de la vésicule biliaire, une tumeur piriforme de 10 centimètres de long sur 5 de large, de consistance très dure. En sectionnant la tumeur à sa partie moyenne, on peut constater que ses parois présentaient une épaisseur variant de 3 à 5 millimètres, et étaient complètement calcifiées. La poche contenait un liquide jaunâtre, chargé de paillettes brillantes de cholestérine, au milieu duquel flottaient des calculs biliaires plus ou moins fragmentés, au nombre d'une cinquantaine environ. Cette tumeur, d'un blanc grisâtre, recouverte par un péritoine épaissi, adhérait intimement à la face inférieure du foie. Le canal cystique était complètement obstrué. (La pièce a été déposée au Musée Dupuytren).

23. Fracture étoilée de la cavité glénoïde de l'omoplate. — Fracture de l'acromion par M. ASSAKY, interne des hôpitaux.

Le nommé Moroy, âgé de 65 ans, exerçant la profession de maçon, tombe le 17 mars 1881, de sa hauteur, sur le côté gauche du corps; le moignon de l'épaule porte dans cette chute sur une poutre qui se trouvait à terre. En se relevant, il ressent une douleur assez vive dans l'épaule gauche et se trouve en même temps dans l'impossibilité de se servir du bras correspondant. Moroy vient le jour même à l'hôpital de la Charité, où l'interne de garde diagnostique une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus et la réduit. Le lendemain, à la visite (salle Sainte-Vierge, service de M. le professeur GOSSELIN), la luxation ne s'étant pas reproduite, on place le bras dans une écharpe serrée qui l'immobilise en le soutenant et l'appliquant contre le thorax.

Les jours suivants, le malade se plaint d'une douleur dans l'épaule, pas bien forte, mais continue et augmentant sous l'influence des mouvements qu'il exécutait dans son lit; il toussait aussi depuis de longues années, disait-il, mais sa toux avait augmenté ces jours derniers. En interrogeant le thorax, on ne trouve que de la bronchite et un certain degré de congestion des poumons, en arrière, aux deux bases. Huit jours après, il est pris de pleuro-pneumonie occupant le tiers inférieur du poumon gauche, et il succombe à cette complication pulmonaire le 14 avril, c'est-à-dire un mois environ après son entrée.

AUTOPSIE. — On découvre une fracture de la cavité glé-

noïde de l'omoplate et une fracture de l'acromion. L'humérus occupe sa situation normale, la capsule est entière, sans trace de déchirure, les parties molles, muscles et tendons, dans leurs rapports habituels; la tête humérale possède un revêtement cartilagineux intact et un tissu spongieux ferme, à mailles serrées, comme chez l'adulte. L'articulation ne contient aucun liquide anormal.

La cavité glénoïde est séparée en trois fragments par trois traits un peu courbes, convergeant vers sa partie centrale; l'ensemble de ces traits représente assez bien une toile à trois rayons, ou plutôt un Y à branches courbes couché horizontalement, à ouverture dirigée en arrière, de façon à limiter un fragment postérieur. Le bourrelet glénoïdien passe de l'un à l'autre, sans aucune solution de continuité.

1° Le fragment glénoïdien inférieur fait corps avec le reste de l'os, il est en continuité de tissu avec le bord axillaire de l'omoplate. 2° Le fragment supérieur comprend la moitié supérieure de la cavité, et, en outre, toute la portion du bord supérieur de l'omoplate qui soutient l'apophyse coracoïde, jusqu'à l'échancrure coracoïdienne. Le trait de la fracture extra-articulaire est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; le fragment supérieur chevauche un peu en arrière dans la fosse sus-épineuse, et son axe croise à angle aigu celui du reste du bord supérieur de l'omoplate. Il résulte de ce double déplacement qu'au niveau de la surface articulaire le fragment supérieur n'occupe pas le même plan que le fragment inférieur resté, lui, immobile; la facette glénoïde, le segment de surface articulaire, appartenant au fragment supérieur regarde en bas, en arrière et en dehors. 3° Le fragment postérieur enfin, le plus petit, placé comme un coin entre les deux premiers se porte obliquement du fragment inférieur au fragment supérieur, en occupant successivement plusieurs plans. Sa partie rétrécie fait partie de l'espèce d'enfoncement que l'on trouve au point de jonction des branches de l'Y.

Au niveau de l'excavation glénoïde, les fragments sont écartés et ils ne présentent aucune trace de consolidation. En dehors de l'articulation, le fragment postérieur est maintenu au moyen d'un cal extra-articulaire volumineux, étendu du rebord glénoïde à deux centimètres en arrière, vers la fosse sous-épineuse, et mesurant en long la distance qui sépare la surface d'insertion du petit rond du point où se détache l'épine de l'omoplate. L'insertion de la capsule se trouve comprise dans le cal; le bourrelet glénoïdien en est resté indépendant. Le fragment supérieur est réuni à la fosse sus-épineuse par un cal interfragmen-

taire, qui paraît d'autant plus solide qu'on s'éloigne de l'articulation; l'extrémité interne du fragment se trouve englobée dans un bourrelet exubérant en continuité directe avec le cal interfragmentaire; celui-ci se continue d'autre part au niveau de la jonction des fosses sus et sous-épineuses avec le cal du fragment postérieur.

La partie apparente du cal se montre constituée par du tissu fibreux contenant de nombreuses jetées osseuses; cette consolidation, partielle et fibro-osseuse, est assez imparfaite pour permettre de mobiliser, avec les doigts, les fragments sur le reste de l'os.

Quant à la fracture de l'acromion le trait très oblique d'avant en arrière, et de dehors en dedans, aboutit, en arrière, au point de réunion de l'acromion avec le col de l'épine de l'omoplate. Le foyer de la fracture est suppuré; les extrémités correspondantes des fragments sont rugueuses, raréfiées, enflammées. Cependant, le foyer ne communique pas avec les parties voisines et l'on trouve, le long des bords de l'acromion, deux petits cals confondus en partie avec les insertions tendineuses de la région.

M. RECLUS demande si on est bien sûr qu'il y a eu luxation, on n'en voit pas de traces.

M. HOUEL. Au bout de ce temps, souvent la réparation est complète, on ne peut pas rejeter absolument la luxation.

24. M. ASSAKY présente encore un *sarcome de l'ovaire*, avec généralisation au péritoine.

25. Note sur un parasite végétal du genre *oidium*, observé à la surface de quelques affections pustuleuses chez les enfants; par MM. H. C. de BOYER et d'ANTIN.

Nous soumettons à l'examen de la Société des préparations de peau, provenant d'autopsies faites à l'hospice des Enfants-Assistés, chez M. PARROT. Ces recherches, exécutées au laboratoire du Collège de France, nous ont montré nettement, dans certaines de ces coupes, l'existence de spores et de tubes de mycélium, groupés dans les parties les plus superficielles du revêtement épithélial et dont la nature nous a semblé intéressante à déterminer.

Un de nous avait eu l'occasion d'observer un enfant de quinze jours, atteint d'une affection pustuleuse de la peau, dont les caractères étaient anormaux; il s'agissait d'une affection pustuleuse discrète, limitée aux membres inférieurs, isolée, rappelant les boutons de vaccine, siégeant,

chez un enfant vacciné d'ailleurs, au lieu d'élection, et de date plus récente que les pustules vaccinales d'inoculation. Au nombre de cinq ou six, ces pustules, parfaitement circulaires, avaient un diamètre de six millimètres en moyenne; elles reposaient sur une base indurée, étaient plus déprimées que ombiliquées, contenaient un liquide trouble et peu abondant, sous une croûte molle à la périphérie, assez épaisse et brune, n'ayant ni l'aspect, ni la couleur, ni l'odeur des godets faviques. L'enfant avait une température normale; mais il était cachectique et succombait le lendemain même de son entrée à l'infirmerie. Il n'avait ni érythème, ni muguet, ne présentait aucune des marques caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Après durcissement dans l'alcool et coloration au picrocarmin ou à la purpurine, les coupes avaient montré des pustules formées de vacuoles irrégulières dans le derme, et l'on constatait dans les couches les plus superficielles de la croûte, et surtout à sa périphérie, l'existence de masses irrégulières, agglomérées, finement granuleuses, se colorant mal, siégeant au même point dans les coupes successives. Retrouvant ces caractères sur une seconde pustule, puis sur une troisième, il nous parut intéressant de mieux déterminer les caractères de cette croûte parasitaire. Nous avons, dans ce but, employé la méthode de Cohn que M. Hansen a appliquée avec succès à la recherche des bactériidies de la lèpre et sur laquelle MM. Cornil et Suchard, ainsi que M. Mallassez, viennent d'attirer de nouveau l'attention. On nous permettra de rappeler successivement ce procédé. La pièce est durcie, de préférence par l'alcool absolu, et débitée en coupes fines. Ces coupes sont plongées 24 heures dans un bain de violet de méthylaniline (de la marque 5 B, au titre de 1 millième). Au sortir du violet, les coupes sont fortement teintées en bleu foncé et opaques, leur coloration est uniforme. On les met alors dans une solution de carbonate de soude à 2 centièmes; elles y restent une demi-heure au moins, puis, on les décolore dans des bains d'alcool de titre de plus en plus élevé, où elles se déshydratent en même temps. On les passe à l'alcool absolu. Elles sont alors verdâtres, limitées par un liséré épithélial bleu vif. On met ensuite les coupes dans l'essence de girofle qui se colore fortement en bleu et que l'on doit renouveler, en surveillant l'action du réactif; on saisit ainsi le moment où la coloration du parasite est nette, tandis que le fond de la préparation est devenue incolore et que les contours des éléments sont comme noyés dans une gelée translucide. On monte ensuite la coupe dans du baume de Canada ordinaire, non

chloroformé, tel que le fournit le commerce. C'est là la condition nécessaire pour obtenir une préparation persistante.

En employant ce procédé, nous avons constaté dans la peau du premier malade l'existence de spores abondantes, peu volumineuses, d'une grande netteté, faciles à voir avec l'objectif 7 Vêrick et un oculaire faible. Ces spores étaient accompagnées d'un mycélium abondant, dont le chevelu pénétrait à une profondeur variable dans l'épaisseur de l'épiderme. Un caractère des plus importants nous avait frappé, dès le premier examen, c'est que les spores étaient à la périphérie de la coupe et que l'accroissement du végétal avait paru se faire de dehors en dedans, de la surface de la peau vers sa profondeur, à travers une croûte épaisse à la périphérie de la pustule, ou dans les anfractuosités qui séparaient la croûte des parties sous-jacentes. Ces préparations ont été répétées nombre de fois sur chacune des pustules ; toutes ont montré des spores nombreuses, certaines ont présenté un mycélium discernable et s'enfonçant jusque dans le corps muqueux. Sur quelques points, les spores sont tellement nombreuses qu'elles forment des plaques opaques recouvrant une infiltration profonde du mycélium dont les filaments serrés et fortement colorés forment une masse confuse, difficile à analyser.

Nous avons dès lors pensé à rechercher ces caractères sur un assez grand nombre d'affections cutanées de nature diverse. Les pièces ont été recueillies dans des conditions différentes, tantôt de suite après la mort, tantôt 48 heures après, de façon à voir s'il s'agissait bien d'un parasite particulier, propre à une affection cutanée spéciale, ou, au contraire, d'une végétation banale, se développant sur les croûtes dans certaines conditions favorables d'humidité, de mollesse de l'épiderme, dans un certain milieu, tel que celui des crèches. C'est à cette dernière conclusion que nous nous sommes rattachés, comme le montrera l'exposé des faits qui suivent.

Sur une pustule vaccinale devenue ecthymateuse, la surface de la coupe se compose de trois régions qui sont nettement limitées par une ligne bleue foncée. La première zone comprend la partie superficielle du corps muqueux, ou couche granuleuse ; à ce niveau, l'épiderme s'est décollé et soulevé et on trouve là une première couche de parasites, consistant en des groupes de micrococci qui forment des nébuleuses. La seconde zone comprend la couche cornée assez épaissie, très altérée, mais reconnaissable à la disposition ondulée de sa surface et aux poils qui la traversent

et sont entourés de leur gaine. Elle contient dans toute son épaisseur des nébuleuses analogues. La limite supérieure de cette couche est indiquée par une ligne bleue continue, qui correspond aux cellules cornées en voie d'exfoliation. Enfin, au-dessus de ces zones, on trouve une croûte d'exsudat concrété, dans l'épaisseur de laquelle on aperçoit des débris de toute sorte, grains de fécule, poils, etc., et enfin quelques groupes de micrococcus. Ça et là, nous constatons de rares bâtonnets que nous croyons devoir rattacher au genre *Bacillus*.

Une ulcération syphilitique, recouverte d'une mince croûte, nous a offert le même parasite sous le même aspect, à une profondeur de quelques centièmes de millimètre de la surface. Sur cette même préparation, nous le trouvons encore disséminé à la surface du derme dénudé, dans une petite anfractuosité produite par l'arrachement de la croûte. Certains groupes circonscrits, arrondis, nous ont paru être des globules blancs remplis de ces granulations. Nous avons constaté ces caractères et ces micrococcus dans une ulcération impétigineuse du cuir chevelu et même dans les produits de desquamation d'un érysipèle et d'une scarlatine, tout à fait à la surface et dans les dépressions de l'épiderme.

Par contre, des pustules de variole, non ulcérées, nous ont donné un résultat négatif, et même une coupe de langue, portant une ulcération variolique, ne nous a montré des micrococcus et quelques bâtonnets de *leptotrix* qu'à sa partie tout à fait superficielle; dans les parties voisines, non ulcérées, infiltrées d'éléments inflammatoires, il n'y avait pas trace de parasites.

La recherche des parasites de la peau au moyen du violet de méthylaniline exposerait à des erreurs, si l'on n'était prévenu que ce réactif colore vivement les granulations d'éléidine contenues dans le stratum granulosum, d'autant plus que cette substance est produite en grande quantité au niveau des pustules de variole, comme l'a montré le professeur Ranvier. Ces granulations descendent beaucoup plus bas, au niveau des canaux excréteurs des glandes sudoripares et plus bas encore dans la gaine épithéliale externe du follicule pileux. Il n'est pas étonnant que cette matière soit ainsi colorée, car elle est la substance kératogène de la peau; sous l'influence du violet, elle se colore vivement, comme les productions cornées (poils, couche cornée de l'épiderme), et résiste ensuite à la décoloration graduelle, comme le font aussi les organismes parasitaires. Certaines graisses pathologiques se colorent aussi par le violet, il en est de même de certaines parois vasculaires, mais ces colo-

rations se distinguent facilement de celles que l'on obtient sur les spores et les bactéries.

Il nous resterait maintenant à déterminer la nature de ces organismes parasitaires; l'un est formé de spores et d'un mycélium, l'autre est beaucoup plus fin, nous n'y avons pas constaté de mycélium, mais nous trouvions parfois sur les coupes des spores comparables à celles du premier type. Ces spores nous servent donc de liaison entre le parasite à mycélium et celui qui ne nous en a pas montré. Aussi, sommes-nous disposés à rattacher ensemble les différents aspects d'un même végétal, d'autant plus que, sur certaines coupes, nous avons pu constater les trois aspects de spores, mycélium et micrococcus (Zooglées). Il s'agit tout d'abord d'un *oidium*, comparable à l'*oidium albicans* et à l'*oidium lactis* (Neumann), mais qui, cependant, nous a paru en différer par quelques caractères. On sait que, dans les orches, le muguet est endémique et M. le professeur Parrot a démontré depuis longtemps l'existence du muguet dans l'œsophage, l'estomac et à la surface de la peau. Si l'*oidium* contenu dans nos préparations est le même étiologiquement que l'*albicans*, il nous a semblé cependant en différer par quelques particularités, pour l'étude desquelles nous avons eu recours à un excellent objectif du laboratoire de M. Ranvier, au 1/12 de Zeiss, à immersion homogène; à l'aide du condenseur spécial de cet instrument, nous avons pu facilement discerner les contours du végétal parasitaire, bien coloré, tranchant sur le fond de la préparation noyé dans la lumière diffuse. On peut voir alors: 1° que notre parasite est plus petit que le muguet, comme spores, comme granulations, comme mycéliums; — 2° qu'il se termine par des conidies effilées en poire, avec une sorte de cil terminal; — 3° que les bifurcations du mycélium se font parfois à angle droit; — 4° qu'elles sont beaucoup moins nombreuses que celles de l'*oidium albicans*; — 5° que les articles du mycélium paraissent plus courts dans celui du muguet, qui a un aspect plus moniliforme et paraît plus cylindrique et présente une quantité beaucoup plus abondante de spores dans son intérieur.

Nous ne voudrions cependant pas conclure qu'il ne s'agisse par là d'une variété de muguet, car on sait combien les organismes végétaux parasitaires sont modifiables dans leur volume, et même dans leur forme, selon les conditions de nutrition diverses des milieux de culture, et selon les résistances que ces parasites éprouvent selon qu'ils se développent dans tel ou tel tissu. Il est même probable que, grâce à une sorte de sélection naturelle, le développement

de l'oidium albicans se trouve prédominer à tel point dans le milieu parasitaire des crêches, qu'il puisse empêcher le développement de toute autre végétation cryptogamique isomorphe, et qu'il suffise à lui seul, tout en se différenciant légèrement, à la production de tous les épidermophytes cutanés et muqueux.

Nous avons pensé qu'il était utile d'attirer de nouveau l'attention sur des parasites dont l'existence au sein des lésions si diverses de la peau exclut toute idée de spécificité; nous ne doutons pas, en effet, que le produit de raclage des pustules n'eût été capable de fertiliser un milieu de culture en reproduisant des spores et un mycélium. On voit quelle erreur on pourrait ainsi commettre en rapportant *ipso facto* un tel parasite banal à une affection spécifique, alors qu'il ne s'agit que d'une manifestation toute contingente, dépendant, et des conditions de contagion propres à un milieu déterminé, et des chances de réceptivité d'un organisme affaibli, chances que viennent augmenter encore toutes les lésions irritatives de l'épiderme.

26. Ulcère de l'estomac. — Péritonite par perforation. — Vomissements fécaloïdes. — Mort le 14^e jour; par Armand DELPEUCH, interne des hôpitaux.

Le nommé Antoine S..., maçon, âgé de 44 ans, est entré le 14 juin 1881, à l'hôpital Necker, dans le service de M. RIGAL, salle Saint-Jean, lit n° 16.

Il s'était toujours bien porté quand, il y a deux ans, se développèrent graduellement des troubles gastriques; les digestions devinrent lentes et pénibles, l'épigastre était douloureux, spontanément et à la pression, enfin, les vomissements étaient fréquents. Ils survenaient le plus souvent deux ou trois heures après les repas, ne renfermaient pas indistinctement tous les aliments ingérés, mais quelques uns à l'exclusion des autres; quelquefois, les aliments n'étaient rendus que 24 heures et plus après leur ingestion.

En dehors de ces vomissements alimentaires, le malade en eut à plusieurs reprises de sanglants, ceux-ci survenaient à la suite de crises gastralgiques très douloureuses, auxquelles ils mettaient fin, et étaient suivis d'un soulagement d'une durée assez longue.

Il fut soigné à la Charité, dans le service de M. Vulpian, qui diagnostiqua un ulcère de l'estomac. Le malade avoue avoir fait depuis quelques années des excès de boissons (vin et alcool), mais il ne présente pas actuellement de signe avéré d'alcoolisme.

Après un long intervalle de santé, il fut repris, il y a un mois, d'accidents analogues aux précédents et entra à l'Hôtel-Dieu; il n'y resta que quinze jours, et put, à sa sortie, reprendre son travail de maçon.

Le vendredi 10 *juin*, il travaillait, quand, subitement, sans malaise précurseur, il fut pris d'une douleur épouvantable au niveau de l'estomac : « ce fut comme un coup de fusil » dit le malade. Il tomba et l'on fut obligé de le transporter chez lui. La douleur persista, il survint de la fièvre, des vomissements, et, le mardi soir 14, il se fit porter au Bureau Central, et de là à Necker.

15 *juin*. Le malade est très maigre; il a la face grippée, anxieuse; il a vomi pendant la nuit et vomit encore d'une façon presque continue des matières porracées d'une couleur vert foncé, en très grande abondance; il en a rempli plusieurs cuvettes dans les 24 heures.

Les douleurs abdominales spontanées sont très vives. Le ventre est ballonné, mais moins que l'on pourrait croire; la tuméfaction, peu considérable, occupe exclusivement les régions ombilicales et hypogastriques. Le moindre attouchement est très douloureux. Depuis vendredi, jour de la perforation probable, la constipation est absolue.

Le poulx est large, peu fréquent, 92, la température peu élevée, 38°. La dyspnée est modérée, il n'y a pas de hoquet. Dans tout le cours de la maladie, on n'a observé ni l'orthopnée, ni le hoquet habituels dans la péritonite aiguë. Le diagnostic est : ulcère rond de l'estomac, péritonite par perforation. Traitement : opium à haute dose; lait comme boisson; glace contre les vomissements.

Les jours suivants, l'état est le même; les vomissements continuent avec les mêmes caractères, la même abondance. La constipation est toujours absolue. La langue se sèche, il y a des sueurs généralisées, mais la température n'est pas élevée et le poulx est toujours ample et relativement peu fréquent.

19 *juin*. Un lavement purgatif amène une selle peu abondante.

20 *juin*. Le faciès est devenu encore plus caractéristique, les pommettes sont plus saillantes, les yeux plus excavés et plus cernés. Poulx, 84. Le malade a eu des selles nombreuses, liquides.

Il a vomi une pleine cuvette d'un liquide roussâtre, mélangé de quelques grumeaux plus foncés; ce liquide est absolument fécaloïde d'aspect, mais il n'a pas l'odeur caractéristique. A l'autopsie, on a trouvé l'estomac et l'intestin

remplis de matières semblables ; ce sont donc bien des vomissements fécaloïdes.

21 juin. Les vomissements ont persisté avec la même apparence. Le ventre reste peu ballonné. Diarrhée abondante.

22 juin. Une dizaine de garde-robes dans les 24 heures. Un vomissement peu abondant. Un peu de délire, prostration profonde ; extrémités froides, mais profuses.

23 juin. Mort à 10 heures du matin, le 14^e jour de la maladie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Après avoir incisé les parties molles et coupé les côtes à leur partie antérieure, on rabat de haut en bas la paroi antérieure de la poitrine, on détache en avant les insertions du diaphragme et on ouvre ainsi une vaste loge, ayant au moins 30 centimètres de largeur et de profondeur, constituée par la partie de la cavité abdominale située en avant et au-dessus de l'estomac, s'étendant d'arrière en avant, du bord postérieur du foie au voisinage de l'ombilic, et, de droite à gauche, du ligament suspenseur du foie à l'hypochondre gauche qui fait partie de la cavité. La voûte est formée uniquement par le diaphragme, le plancher par la face supérieure du lobe gauche du foie, la face antéro-supérieure de l'estomac et la moitié gauche du colon transverse. La circonférence est constituée successivement par le ligament suspenseur, le ligament coronaire, le ligament triangulaire, une partie de la face interne et le bord antérieur de la rate, enfin, en avant, par la paroi antérieure de l'abdomen qui adhère à l'estomac et au colon transverse par des adhérences molles, faciles à détacher, évidemment récentes, adhérences qui s'étendent sur une ligne oblique allant de l'extrémité de la 10^e côte droite à celle de la 12^e côte gauche.

Cette cavité est tapissée, dans toute son étendue, d'une ausse membrane jaune, tomenteuse, épaisse de plusieurs millimètres ; bien qu'en nombre de points, notamment au niveau de la paroi abdominale, et sur la ligne d'adhérence du foie à l'estomac, la loge ne soit limitée que par des adhérences très minces et très délicates, il n'y a de solution de continuité nulle part et le liquide contenu, et qui émane de l'estomac, ne peut refluer que dans l'estomac.

Ce liquide, en assez grande abondance, est absolument semblable à celui qui constituait les vomissements des derniers jours ; on le fait facilement passer de l'estomac dans la poche et inversement.

En effet, il existe sur la face antérieure de l'estomac, tout près de la petite courbure et immédiatement à gauche du

pylore, une perforation, de la largeur d'une pièce d'un franc, à bords rougeâtres, nets, comme taillés à l'emporte-pièce. A l'ouverture de l'estomac, qui est d'un volume moyen, on constate que la muqueuse est grise, épaissie, mais ne présente aucune lésion inflammatoire récente, aucune vascularisation anormale. En dedans de l'orifice pylorique et distante d'un centimètre seulement, est une large ulcération ovoïde, ayant 5 ou 6 centimètres dans son plus grand diamètre et 4 ou 5 dans l'autre.

Cette ulcération est évidemment ancienne, les bords en sont lisses, mousses, sans changement de coloration. La disposition classique en gradins n'existe pas. L'orifice permet d'apercevoir, inscrits dans sa circonférence, deux orifices plus petits et séparés par une sorte de bride, d'éperon; l'un, est celui que nous avons décrit et qui est dû à la perforation récente, l'autre, conduit dans une cavité, de la dimension d'une noix, creusée dans l'épaisseur de la tête du pancréas et close de toute part; la cloison entre les deux orifices est formée de tissu pancréatique épaissi, induré. C'est cette disposition qui a empêché l'épanchement du contenu stomacal dans l'arrière-cavité des épiploons.

Il existe une péritonite généralisée, avec vascularisation de l'intestin et agglutination des anses, mais, c'est seulement dans le petit bassin et dans des loges isolées les unes des autres et dont quelques-unes ont un diamètre considérable que l'on retrouve du pus bien lié, du pus phlegmoneux. En aucun point de cette partie de l'abdomen, il n'y a de liquide semblable au contenu de l'estomac et de l'intestin. Celui-ci n'offre pas de perforation et son calibre n'est effacé en aucun point.

Le foie, en dehors de la périhépatite au niveau du lobe gauche, est sain; il en est de même des reins. La rate, normale d'ailleurs, a la moitié antérieure de sa face interne et son bord antérieur recouverts d'une fausse membrane semblable à celle qui tapissait l'excavation supérieure.

Le cœur est normal. Le poumon gauche aussi. Au sommet du poumon droit, il existe plusieurs petites masses, de la dimension de noisettes, constituées par de la matière tuberculeuse; les unes sont crétacées, les autres ont la consistance du mastic. A ce niveau, seulement quelques adhérences molles. En aucun autre point des cavités pleurales il n'existe de traces d'inflammations.

M. RECLUS rappelle un malade qui avait une double hernie, avec phénomènes d'étranglement, vomissements, algidité, prostration extrême; l'opération de la hernie étranglée

fut faite ; on trouva un sac plein de liquide puriforme, mais pas d'étranglement. A l'autopsie, il y avait une perforation de la partie supérieure du jejunum paraissant très ancienne.

27. M. GUINARD communique un cas de *carcinome du testicule* pour lequel on avait fait la castration, qui fut suivie de généralisation, dans les ganglions exclusivement. Il y avait des coagulations dans toutes les veines du membre inférieur, remontant presque dans la veine cave. Ce malade rendait des urines albumineuses. M. Verneuil pense que l'albuminurie que l'on rencontre dans la phlegmasia alba dolens est due à une congestion rénale par gêne de la circulation. Les reins présentaient, en effet, une coupe d'un rouge foncé.

M. RECLUS. On ne comprendrait cette stase rénale exclusive que si la veine rénale était thrombosée.

28. M. BRISSAUD communique un fait de *névrome cubital* d'aspect gélatineux, framboisé, ressemblant à une tumeur synoviale, adhérent au nerf resté à sa partie externe. C'était un névrome périphérique que l'examen histologique a montré être un myxome pur et simple. Au centre, il existait une cavité distendue par un liquide sanguin pur, récemment épanché. Cet épanchement explique la transparence observée pendant l'opération. On observe, sur certains points, une prédominance de tissu élastique. C'était un myxome bénin autant qu'on peut le dire, car Volkmann pense qu'on ne sait rien de l'avenir des myxomes. L'épanchement était dû à la rupture de vaisseaux, probablement sous l'influence des malaxations nécessitées par l'exploration.

M. RECLUS. Ces faits ne sont pas très exceptionnels. M. Marchand a publié un fait de myxome du sciatique, M. Bouilly a fait connaître un fait semblable. Dans le cas présent, il s'agissait d'un homme de 53 ans, vigoureux, la tumeur qui existait déjà quand il était au collège était tout à fait indolente. Il y a six mois, à la suite d'un coup, elle se développa rapidement jusqu'au volume d'une noix ; puis, survint l'atrophie des muscles interosseux, avec impotence

de la main et douleurs excessivement vives sur le trajet de la portion palmaire du nerf cubital. Le nerf était à la partie postérieure de la tumeur; peut être quelques filets furent-ils coupés pendant l'opération? Cependant, l'atrophie des interosseux paraît diminuer, mais il reste une insensibilité de la face palmaire du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire. La persistance de lobules rouges dans le liquide de la poche centrale ne prouve pas que l'épanchement soit récent, c'est plutôt la coupe d'il y a six mois qui l'a déterminé, s'il avait été déterminé par l'exploration, on aurait assisté à l'augmentation de volume et à l'exagération des douleurs.

29. Rapport sur la candidature de M. Cerné au titre de membre-adjoint de la Société anatomique; par M. HAVAGE, interne des hôpitaux.

Parmi les communications faites par M. Cerné à la Société anatomique, j'en rappellerai une d'une rareté exceptionnelle, sur laquelle vous me permettrez de présenter quelques considérations.

Il s'agit d'un fibro-myome développé au milieu des muscles de la paroi postérieure de l'aisselle, intimement adhérent, d'une part, au périoste du bord interne de l'omoplate et recevant, d'autre part, les insertions nombreuses de ces muscles qui même, en quelques points, paraissaient entrer dans la tumeur pour se confondre avec elle. La coupe était rosée, et il y existait des nodules concentriques qui rappelaient la coupe des corps fibreux de la matrice; la structure microscopique répondait d'ailleurs absolument à celle des hystéromes; il y avait seulement une plus grande abondance de vaisseaux que dans ces derniers.

M. Després, au moment de cette présentation, déclara que ce fait n'était pas absolument exceptionnel; nous devons en croire son expérience; cependant, les auteurs les plus récents ne mentionnent rien de semblable. Ces tumeurs, disent MM. Cornil et Ranvier, se développent toujours dans les organes pourvus de fibres-cellules, dans l'utérus d'abord, dans le tube digestif quelquefois, dans les canaux excréteurs des glandes, dans la peau.

Ici, quel est l'organe à mettre en cause? Ce n'est pas la peau; l'absence complète d'adhérences, et, d'autre part, les connexions que nous avons d'abord indiquées en quelques mots éloignent toute idée de cette nature.

Malgré les connexions avec le périoste, nous ne pouvons

guère nous arrêter à nous demander si cette membrane a été le point de départ. Il n'y a, nous semble-t-il, que deux hypothèses à faire. Le muscle strié pourrait-il former des tumeurs à fibres lisses? Malgré leurs différences profondes, à tous les points de vue, ces deux ordres de muscles ont, très probablement, une nature analogue, leur communauté d'origine étant simplement masquée par un développement plus ou moins avancé, plus ou moins parfait.

On sait, en effet, qu'à la fin de la grossesse, un grand nombre de fibres musculaires de l'utérus possèdent une striation évidente, non semblable de tous points à celle des fibres musculaires striés ordinaires, mais regardée par M. Ranvier comme un degré de transition entre le développement des fibres musculaires du cœur et celui des fibres striées ordinaires. Elles possèdent d'ailleurs les attributs physiologiques de celles-ci.

Se pourrait-il, qu'en imitant le mode de formation des tumeurs dérivées du tissu conjonctif, la fibre striée revint pour ainsi dire à son état embryonnaire, la fibre-cellule, pour former des tumeurs de cette nature?

Je ne veux pas insister davantage sur ces considérations; la rareté extrême de ces faits devant sans doute laisser longtemps encore subsister une grande obscurité sur un tel développement.

La seconde hypothèse nécessite moins de frais d'imagination. Elle consisterait à admettre que cette tumeur s'est développée aux dépens des seuls organes renfermant des fibres lisses dans toutes les régions de l'économie, aux dépens de la paroi musculaire des vaisseaux, des artères principalement.

Pas plus que la première hypothèse, celle-ci n'a jamais été mise en avant; elle n'a rien cependant que de très plausible et sa simplicité a bien un certain mérite. Je dois dire, d'ailleurs, qu'il y aurait, en faveur de cette dernière supposition, un fait qui n'est peut-être pas unique dans la science, mais qui, en tout cas, ne doit pas être commun.

Nous lisons dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* de M. Lanceriaux, la relation d'une généralisation de myomes. Le point de départ était une tumeur occupant le scrotum, et que l'on avait regardée comme testiculaire. A l'autopsie, cependant, on put trouver le testicule intact; la tumeur était uniquement formée aux dépens du cordon (où il existe des fibres lisses); elle était lobulée, dure, à nodules concentriques et formée presque exclusivement de fibres musculaires lisses. Mais, ce qui est plus remarquable, c'est que de nombreux noyaux existaient dans les poumons et

dans les corps des vertèbres. Là aussi, dans les noyaux de généralisation, la prédominance des fibres musculaires sur les fibres conjonctives était très grande, ce qui, d'ailleurs, pour le dire en passant, n'a pas grande importance, puisque l'on sait que, dans les tumeurs utérines, la répartition proportionnelle de ces deux tissus est très variable.

Je n'ai pas à m'occuper de l'intérêt de cette observation en ce qui concerne la rareté de la génération des tumeurs réputées bénignes, et surtout des tumeurs des tissus spéciaux (myomes et névromes); mais, le mode de formation me semble curieux à considérer et mérite de nous arrêter.

Pour les noyaux pulmonaires, nous pouvons admettre l'hypergénèse des fibres musculaires lisses que les bronches contiennent à l'état normal.

Mais, dans les vertèbres? De deux choses l'une : ou il s'agit d'une tumeur hétérotopique proprement dite, et alors la discussion est close; ou l'on n'admet pas qu'un tissu se développe là où il ne préexiste pas, et alors le tissu musculaire des vaisseaux semble seul pouvoir être mis en cause. Il est évident, s'il en est ainsi, que la paroi des vaisseaux intra-musculaires peut être le point de départ d'un myome, au même titre que celle des vaisseaux osseux.

Il y aurait lieu peut-être, si nous le voulions, à généraliser cette théorie; mais, je ne le crois pas utile, et j'ai voulu seulement appeler l'attention et provoquer de nouvelles recherches sur ces deux hypothèses de la formation des myomes à fibres lisses, soit aux dépens du muscle strié, soit aux dépens de la tunique musculaire des vaisseaux.

30. Rupture traumatique de l'intestin grêle ; — Épanchements sanguin et gazeux dans le péritoine ; — Pas d'ecchymose de la paroi abdominale ; par Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Robillard, Armand, est apporté le dimanche 20 mars, vers cinq heures de l'après-midi, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur TRÉLAT, salle Saint-Pierre, n° 40.

Cet homme, âgé de 46 ans, camionneur, d'une constitution extrêmement robuste, vient d'être serré entre deux voitures; il ne peut naturellement préciser les détails de l'accident; toujours est-il que c'est au niveau de l'abdomen qu'ont surtout porté la pression et le choc. Le ventre est très distendu et très sonore dans sa totalité; douleurs excessivement vives, spontanées et à la palpation. Pas de plaie, ni de trace de contusion violente; quelques petites

égratignures seulement à la partie droite de la paroi abdominale. Rien à la poitrine. Pouls assez régulier, mais très petit et très fréquent. T. A. 37°, 6.

Le lendemain matin, 21 mars, le malade est pâle et couvert de sueurs; il répond à peine aux questions. Le ventre a encore augmenté de volume et de sonorité depuis la veille; l'hyperesthésie est extrême dans toute son étendue. Pas de selles, pas d'hémorrhagie d'aucune sorte; il y a eu dans la nuit quelques vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. La température atteint à peine 36°, le pouls est filiforme et bat au moins 130 pulsations à la minute.

Vers midi, le malade perd complètement connaissance; à 2 heures, le thermomètre ne monte pas à 35°; mort vers 3 heures.

AUTOPSIE. — Dans les cavités crânienne et thoracique, rien à signaler. La paroi abdominale, outre les quelques petites écorchures notées plus haut, présente au moment de l'autopsie (40 heures après la mort, 62 après l'accident) une très légère teinte ecchymotique de 5 à 6 centimètres de diamètre, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

Cette paroi est incisée sur la ligne médiane; il s'échappe alors bruyamment une quantité considérable de gaz fétides; l'épiploon apparaît rougeâtre, sanglant, fortement contusionné; il en est de même du mésentère. En certains points, celui-ci est même éraillé et comme écrasé.

La cavité péritonéale renferme à peu près un litre de sang noirâtre, tant liquide qu'en caillots. On recherche avec soin s'il ne se trouverait pas de matières fécales mêlées à ce sang; il est impossible d'en découvrir aucune trace.

En dévidant l'intestin, on trouve dans le flanc droit une anse du jejunum, peut être un peu plus vascularisée que les autres, et, sur cette anse, à 75 centimètres environ du pylore, une perforation de 7 à 8 millimètres de diamètre. Plutôt allongée suivant l'axe de l'intestin que véritablement circulaire, cette perforation a des bords très nettement et très régulièrement tranchés, comme à l'emporte-pièce; la muqueuse intestinale s'est infléchie de dedans en dehors, pour se renverser en forme de petit bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale qu'elle déborde très peu d'ailleurs. Le pourtour de cette rupture présente, dans une étendue de un centimètre, une zone ecchymotique formant une sorte d'auréole rougeâtre.

L'intestin, examiné dans toute sa longueur, n'est le siège d'aucune autre rupture, non plus que les autres viscères abdominaux (foie, rate, reins, vessie, etc., etc.).

Les anses intestinales sont légèrement agglutinées par le sang épanché, mais, sauf l'anse perforée, elles n'offrent pas d'injection très vive, et le péritoine pariétal ne présente pas non plus de trace d'inflammation bien manifeste.

RÉFLEXIONS. — Les cas de rupture traumatique de l'intestin sans ecchymose abdominale ne sont pas absolument très rares, bien qu'il n'en existe que sept ou huit rapportés dans les Bulletins de la Société Anatomique, depuis 1826.

Ici, comme toujours dans les cas de ce genre, la différence de résistance et d'élasticité de la paroi abdominale et de la paroi intestinale a déterminé la rupture de celle-ci, en permettant l'intégrité presque absolue de la première. Les expériences de M. Longuet, à ce sujet, sont suffisamment concluantes (Bull. de la Soc. anat., 15 décembre 1875).

L'intestin qui, grâce à sa mobilité, échappe si souvent aux contusions, a dû être pris cette fois entre le corps vulnérant et la colonne vertébrale et il s'est rompu très probablement au moment où il était distendu par des gaz. Nous avons en effet signalé dans l'autopsie l'énorme épanchement gazeux intra-péritonéal et nous avons dit aussi qu'il n'y avait pas de matières fécales; le jejunum était d'ailleurs vide, l'accident étant arrivé vers 5 heures du soir, alors que le repas de midi était sans doute complètement digéré.

Signalons encore la forme régulièrement arrondie de la rupture intestinale. Ce type de perforation se rencontre très fréquemment et il est, pour ainsi dire, la règle dans les traumatismes de ce genre, quoique l'on ait noté dans quelques cas la rupture en zigzag, l'éclatement du tube intestinal. Faut-il, pour l'expliquer, faire intervenir l'action des fibres musculaires, donnant à la solution de continuité la forme ovale que l'on constate dans les plaies transversales ou obliques des artères? L'état de vacuité ou de distension de l'intestin par des gaz ou des matières a-t-il quelque influence sur la forme de la rupture?

31. Section des orteils avec arrachement des tendons extenseurs et fléchisseurs et ruptures musculaires à distance; par Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un blessé auquel M. le professeur TRÉLAT a été appelé à donner ses soins en ville.

Cet homme a eu le pied gauche pris sous une sorte de machine à compression, située au niveau du sol, laquelle est tombée de telle façon qu'il y a eu à la fois écrasement et section par arrachement des quatre premiers orteils; cette section s'est faite circulairement, laissant le cinquième orteil absolument indemne. Pour que pareil accident ait pu avoir lieu, il faut qu'il y ait eu, au moment où la machine frappait le pied, une sorte de recul violent et instantané du blessé cherchant à échapper au traumatisme.

La lésion produite consiste donc : 1° Dans l'arrachement du gros orteil, avec les tendons de son fléchisseur et de son extenseur propres; le premier mesure 14 centimètres et il a, en outre, entraîné avec lui 7 à 8 centimètres de portion charnue du muscle; le second a 26 centimètres pour la partie tendineuse et 14 centimètres pour la partie musculaire. (La rupture musculaire doit donc s'être faite vers la moitié de la jambe). 2° Dans l'arrachement du deuxième orteil, mais, ici, les tendons ont été nettement sectionnés à ras de la tête du métatarsien. 3° Dans l'arrachement du troisième orteil, auquel tiennent 11 centimètres de son tendon fléchisseur, et du quatrième orteil avec 12 centimètres de son tendon fléchisseur également; les tendons extenseurs ont été pour ces deux orteils, comme pour le second, coupés net au niveau de la section. 4° Dans la séparation complète, comme par une amputation circulaire, de toute la partie antérieure du pied, le cinquième orteil excepté.

Soumis d'abord à une irrigation continue, puis pansé avec l'acide phénique, le blessé ne souffre aucunement de la jambe, ni même du pied et semble devoir bien guérir; si les têtes des métatarsiens qui restent à nu pour l'instant viennent à se mortifier, elles seront réséquées ultérieurement.

REFLEXIONS. — Ce traumatisme est extrêmement rare au pied; il l'est beaucoup moins à la main. C'est ainsi qu'un doigt coupé net, dans une porte par exemple, peut entraîner avec lui le tendon arraché qui suit l'extrémité sectionnée.

Dans la cavalerie, semblable accident arrive quelquefois, un mouvement violent de la tête du cheval tirant brusquement sur la bride tenue souvent par l'auriculaire du cavalier arrache ce doigt et ses tendons, dans une plus ou moins longue étendue.

Il faut, en somme, pour que pareil traumatisme se produise : d'une part, une cause vulnérante agissant par pres-

sion et par traction, et, d'autre part, une résistance, une sorte de réaction musculaire de l'individu atteint.

32. Monoplégie gauche, puis hémiplegie du même côté survenue dans le cours de la tuberculisation pulmonaire. — **Plaque de méningite tuberculeuse recouvrant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, avec prolongement sur toute l'étendue du lobule paracentral ;** par MM. E. BARIÉ, chef de clinique de la Faculté, et DU CASTEL, chef des travaux anatomique de l'hôpital Necker.

Robert Th..., âgé de 27 ans, conducteur d'omnibus, entre à la Clinique médicale de Necker, salle Saint-Luc, n° 16, le 8 mai. Cet homme, dont le père et la mère sont atteints d'une bronchite chronique, est lui-même malade de la même affection depuis trois ans ; il a beaucoup maigri, et a dû interrompre plusieurs fois son travail. Jamais il n'a eu d'hémoptysie, mais, depuis 6 mois, il est atteint d'une aphonie complète.

Depuis vingt jours environ, la toux a considérablement augmenté, et le malade, perdant de plus en plus ses forces, remarqua de plus qu'il avait de l'œdème des membres inférieurs, il dut cesser tout à fait son travail, mais pouvait encore faire quelques courses. Il y a 6 jours, en traversant une rue, il fut pris d'étourdissement, sinon, de perte complète de connaissance, il tomba à terre, et, en revenant à lui, il était paralysé de la jambe gauche.

Transporté à l'hôpital quelques jours après cet accident, nous constatons chez le malade une paralysie motrice complète occupant tout le membre inférieur gauche, avec crampes douloureuses, fréquentes dans le mollet, et hyperesthésie cutanée très manifeste. Le membre supérieur gauche a conservé la motilité, cependant, depuis avant-hier, le malade accuse des picotements et un peu d'engourdissement à l'extrémité des doigts. Du côté du poulmon, nous trouvons tous les signes d'une tuberculisation au troisième degré : souffle caverneux intense, craquements humides, matité complète au sommet droit, en arrière et en avant. Rien dans les autres organes. Temp. 38°; pouls, 84. Diarrhée et aspect cachectique. Le surlendemain, la paralysie s'étendait au bras gauche, d'abord simple parésie, mais, bientôt, paralysie totale avec sensation de froid aux extrémités des doigts ; en même temps, le malade était pris d'une somnolence continue avec délire tranquille, les pupilles se dilataient, le pouls devenait irrégulier et à peine perceptible, et, en trois jours, le malade ainsi frappé d'hémiplegie gauche, la face exceptée, succombait dans le coma.

AUTOPSIE.—Les *poumons* sont, dans toute leur étendue, semés de granulations tuberculeuses jaunes. Au sommet du poumon droit, excavations multiples.

Foie gras ; *rate volumineuse* ; *rein unique, volumineux*.

Cerveau. Sillon de Rolando du côté droit est coiffé par une plaque de méningite fibrino-purulente, de deux à trois mill. d'épaisseur ; à la face externe du cerveau, elle recouvre toute la largeur des circonvolutions frontale et pariétale ascendante dans leur partie supérieure ; elle a une forme triangulaire à sommet inférieur, le sommet se trouvait à 3 centimètres environ de la partie la plus élevée de la scissure. En écartant les lèvres de la scissure, on voit que la plaque de méningite, qui n'est plus visible extérieurement, descend dans la profondeur de la scissure jusqu'à l'union de la moitié inférieure et de la moitié supérieure du sillon. En détachant la plaque méningitique, on arrache un peu de substance cérébrale.

A la face interne du cerveau, la plaque se continue jusqu'au niveau de la circonvolution du corps calleux où elle se termine en pointe ; elle recouvre donc le lobule paracentral. A la surface du lobe carré, existe également une petite plaque de méningite. Sur la face externe du cerveau, on voit quelques granulations disséminées, sans traces de méningite. A la face inférieure du bulbe, les méninges sont légèrement épaissies. A la base du cerveau, il n'y a pas de lésions méningitiques.

M. GIBIER (de Savigny) présente le *rein gauche* et l'*apophyse transverse gauche* de la *deuxième vertèbre lombaire* d'une femme de 65 ans, morte à l'hôpital de la Charité. Cette malade était entrée dans le service de M. DESPRÉS pour un abcès périnéphrétique, s'étant manifesté quatre mois auparavant par une tumeur que la malade avait perçue elle-même. Elle avait montré cette tumeur à plusieurs médecins, qui n'en avaient pas déterminé la nature. La malade attribuait cette tumeur à une chute qu'elle avait faite, quatre ans auparavant, et à la suite de laquelle elle fut affectée d'une sciatique rebelle et de douleurs dans les reins.

La tumeur faisait saillie dans la région lombaire et était très fluctuante. On sentait le rein repoussé en avant dans l'abdomen. Le diagnostic porté par M. Després fut : abcès périnéphrétique chronique ayant succédé à un hématome péri-rénal déterminé par une chute. L'incision, pratiquée au

lieu d'élection, un peu en dehors du triangle de J. L. Petit, livra passage à une énorme quantité de pus. Un drain fut introduit dans la cavité, disposée en bouton de chemise. La malade ne put résister à l'abondance de la suppuration, ce que pouvait faire prévoir son état de cachexie avancée.

A l'autopsie, le rein fut trouvé repoussé en avant d'une cavité anfractueuse présentant plusieurs prolongements et une loge secondaire. L'un de ces prolongements surtout était considérable et s'étendait jusque dans la fosse iliaque du côté correspondant. Le rein était tapissé à sa face postérieure par une néo-membrane dense de tissu lardacé, d'une épaisseur de quinze millimètres environ; il était sain, d'ailleurs.

De plus, l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire était dénudée à sa partie antérieure et commençait à être altérée, noirâtre. Aucune communication n'a été constatée avec le canal rachidien. Depuis quatre mois environ, cet abcès s'était fermé; nul doute qu'on eût pu intervenir plus tôt, si la malade s'était présentée à l'hôpital. Le pus n'aurait pas fusé vers la fosse iliaque et les os n'auraient pas eu le temps de se dénuder, de se laisser attaquer par les liquides purulents.

Le Secrétaire,

CH. FÉRÉ.



JUILLET

Séance du 1^{er} juillet 1881.

PRÉSIDENTE DE M. LANDOUZY.

1. Thrombose et oblitération de l'aorte thoracique. — Parésie des membres inférieurs, à deux reprises différentes. — Athérome généralisé très-prononcé aux coronaires. — Hypertrophie et dilatation du cœur. — Dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre cardiaque. — Accidents asystoliques ; par M. JAURAND, interne provisoire.

Le nommé Boizot (Guillaume), âgé de 68 ans, épicier, entre le 23 avril 1881 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, lit n° 6, service de M. QUINQUAUD.

Le malade prétend avoir eu, il y a 30 ans, une fausse fluxion de poitrine (?) dit-il, pour laquelle il garda la chambre pendant 13 jours, dont 4 au lit. Il fut soigné au moyen d'un purgatif, de sangsues, et d'une saignée. Depuis 12 ans, il a une hernie ombilicale bien maintenue par un bandage. Il dit n'avoir jamais eu d'autres maladies.

Il y a 3 mois, il fut pris d'essoufflement au moindre effort, même en parlant, il était hors d'haleine. Bientôt, la dyspnée augmenta, et, le 16 avril, elle devint tellement violente qu'il lui fallut renoncer à la marche et garder la chambre. Depuis le 16, il n'a pas pris un instant de repos, il n'a pas dormi quatre heures en tout, dit-il ; il a passé tout ce temps soit assis dans son fauteuil, soit debout, accoudé dans l'embrasure de la fenêtre. Le 23 avril, il entre à l'infirmerie.

La dyspnée est intense, il a une coloration bleuâtre des mains et du nez. Les deux jambes sont très œdématisées ; les mains paraissent également enflées, quoique le malade prétende qu'elles ont toujours été aussi grosses qu'aujourd'hui. Il n'urine ni plus ni moins qu'à son ordinaire ; les urines sont rouges, épaisses et laissent déposer des grumeaux rougeâtres. Dans la poitrine, râles sibilants, disséminés, quelques râles sous-crépitaux aux bases.

Bruits du cœur très irréguliers, faux pas du cœur, pas de souffle appréciable. La pointe bat au niveau de la 7^e côte, deux doigts au-dessous et un peu en dehors du mamelon. Le poulx est irrégulier, inégal. Les radiales sont dures et flexueuses.

Pas d'appétit, le malade étouffe dès qu'il a mangé. Digestion pénible, selles régulières. Ventouses en arrière de la poitrine. Macération de digitale 0,15, potion cordiale, lait.

Dès la fin d'avril, il y a amélioration manifeste. Le malade étouffe beaucoup moins, l'œdème a diminué et une diurèse assez abondante s'est établie. Les urines sont plus claires, plus abondantes, 800 gr. à 1 litre en 24 heures; pas d'albumine.

12 mai. Respiration assez facile. Marche sans difficulté et sans étouffer. L'œdème a presque entièrement disparu. L'appétit est bon, mais il ne peut pas avaler de viande, sans cela il étouffe; supporte seulement le potage et le lait. Suppression de la macération de digitale.

20 mai. Les urines deviennent plus rares, plus épaisses et contiennent un peu d'albumine; les étouffements reviennent; l'œdème des jambes reparait. A ce moment, on remarque également une légère parésie des membres inférieurs. — On lui donne de nouveau la macération de digitale.

2 juin. Nouveaux accès d'étouffements. Œdème élephantiasique des membres inférieurs. Inappétence, pas de fièvre; température du soir 37°,8.

9 juin. Vers le 3 et le 6, légère amélioration; il étouffait moins, marchait assez facilement. Mais, depuis 4 jours, l'oppression est considérable et continue. La respiration est fréquente, pénible, incomplète, avec quelques irrégularités et même des temps d'arrêt. En avant de la poitrine, râles sibilants et quelques râles muqueux, surtout au sommet gauche. Sonorité normale. Pas de toux, expectoration muqueuse très rare. Bruits du cœur sourds, irréguliers, sans souffle appréciable. Poulx très irrégulier et inégal, intermittent. Inappétence complète; langue grise, sèche, constipation; urines épaisses, rouges, contenant beaucoup d'albumine.

14 juin. L'œdème des membres inférieurs a remonté jusqu'à l'abdomen, œdème des mains et des avant-bras. Le patient, en proie à une dyspnée terrible, est assis sur son fauteuil, le corps penché en avant, les deux mains appuyées sur ses genoux, le cou raidi, la tête immobile ou agitée de temps en temps d'un tremblement latéral. On dirait qu'il

cherche tous les points d'appui possibles pour mettre en en jeu ses muscles inspireurs : en effet, on aperçoit très bien les contractions des muscles sterno-mastoldiens.

Malgré cela, le thorax ne se soulève que petitement, avec effort ; mais, fréquemment, la respiration est pénible, devient presque sifflante et présente des arrêts remarquables. Après chaque arrêt allant jusqu'à 15 et 20 secondes, machonnement et contraction de l'orbiculaire des lèvres.

Puis, quelques inspirations, lentes d'abord, se précipitant ensuite pendant une minute et s'arrêtant tout d'un coup pour recommencer ensuite. La face rouge, un peu cyanosée, exprime de l'angoisse ; le front est couvert de sueurs ; la conjonctive est injectée, les yeux sont proéminents et pleins de larmes. La parole est saccadée, entrecoupée, il étouffe à chaque parole. Refroidissement des extrémités. — Nouvelle parésie des membres inférieurs, mais, cette fois, plus accentuée ; de plus, il ne peut retenir ses matières et ses urines.

16 juin. Œdème éléphantiasique des membres inférieurs, des bourses et de l'abdomen jusqu'au nombril ; œdème des bras jusqu'au coude. Le malade reste dans cet état jusqu'au 22 juin, jour de la mort.

Le 20 et 21 juin, apparition de petites eschares sur la partie inférieure des jambes.

AUTOPSIE. — A peu près deux cuillerées de liquide dans le péricarde. Quelques ecchymoses sous-péricardiques. Graisse sous-péricardique du côté du ventricule droit surtout. Cœur très hypertrophié, presque aussi long que large : longueur, 14 cent., largeur, 13 1/2. — Artères du cou très athéromateuses, transformées en véritables tuyaux calcaires. Caillots gelée de groseille dans l'oreillette gauche. A la base de l'aorte, certain degré de vascularisation, surtout accentué vers l'origine des valvules sigmoïdes. Pas de rétrécissement, ni d'insuffisance valvulaire. A l'orifice mitral, on peut passer trois doigts, mais la valvule semble fermer complètement l'orifice. Le cœur est très dilaté : la cavité ventriculaire gauche surtout. Poids du cœur, 403 gr.

Au microscope, granulations nombreuses qui rendent la fibre cardiaque presque opaque tandis que, sur d'autres coupes, la transparence et la striation sont à peu près normales. Les granulations sont surtout protéiques et graisseuses. Les fibres cardiaques dégénérées sont plus nombreuses du côté de la pointe.

Reins kystiques, volumineux, un peu durs à la coupe, un peu congestionnés du côté des bassinets. — Poumons un peu emphysémateux, avec œdème, mais sans lésion phleg-

masique. — *Foie*, un peu de cirrhose cardiaque. Thrombose ancienne de l'aorte thoracique se prolongeant sur l'aorte abdominale jusqu'au trépied coeliaque. — L'aorte, complètement oblitérée, est transformée en un boudin. Plaques nombreuses d'athérome sur tous les points des vaisseaux non oblitérés.

RÉFLEXIONS. — Ce fait offre surtout deux points intéressants. Le premier relatif à la production de la parésie par suite de la thrombose. Le second relatif à l'influence de l'athérome et sur le cœur et sur la formation des caillots.

En effet, la parésie assez légère qui survient dans les membres inférieurs, sans qu'on puisse la rattacher à une lésion des centres nerveux, correspond évidemment à une oblitération déjà assez avancée de l'aorte, oblitération qui a entraîné dans les membres inférieurs une insuffisance de nutrition et la parésie. Bientôt, comme la circulation collatérale se développe suffisamment, le sang arrive en quantité suffisante dans les membres inférieurs et la parésie disparaît.

Mais, l'oblitération de l'aorte se complète; d'un autre côté, le cœur, dilaté et forcé, ne peut fournir une ondée sanguine assez puissante pour agrandir et créer de nouvelles collatérales, la parésie reparaît plus accentuée avec faiblesse des sphincters.

Ces trois symptômes : œdème éléphantiasique des membres inférieurs avec eschares, paraplégie légère, paraissant et disparaissant en l'absence de toute cause nerveuse, et accidents asystoliques, auraient peut-être pu nous mettre sur la voie du diagnostic de la thrombose, si nous avions pensé à en chercher un quatrième que nous aurions probablement trouvé, c'est-à-dire l'absence ou la faiblesse des battements dans les deux fémorales.

Quant au second point, il est intéressant au point de vue de la succession des phénomènes. L'athérome nous semble, dans ce cas, la source de tout. En effet, il enlève toute élasticité aux gros vaisseaux en faisant naître des plaques athéromateuses; de plus, ces plaques, par leurs rugosités, sont une cause directe de la formation de caillots, aussi, est-ce dans la partie rugueuse de l'aorte que s'est formée la thrombose; en outre, le sang, par le seul fait de l'induration des artères, circule plus difficilement, d'où, surcroît de travail du

cœur, hypertrophie, cœur forcé, agrandissement des cavités et dégénérescence de la fibre; dégénérescence qui, dans ce cas, s'est produite d'autant plus facilement qu'il y avait insuffisance de nutrition de la fibre cardiaque, par suite de l'athérome considérable des coronaires.

2. Carcinome de l'S iliaque. — Abscès de la paroi abdominale. — Mort par péritonite; par MM. BERNE, interne des hôpitaux et BELLIER, externe des hôpitaux.

La nommée Botte, journalière, 56 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, le 20 juin 1881, salle Sainte-Marie.

Nous ne relevons dans les antécédents héréditaires aucune particularité digne d'intérêt. Réglée à 17 ans, elle eut sa première grossesse à 26 ans. A 30 ans, elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu pendant 11 mois, pour du rhumatisme articulaire. En 1870, la malade eut un abcès à la partie inférieure gauche de la paroi abdominale. M. Désormeaux lui donna ses soins. Malgré un traitement prolongé, dès cette époque, la malade souffrit constamment du côté gauche. Vers le mois de mai 1881, elle eut une hémoptysie, précédée de violents efforts de toux. Une douleur vive se manifesta dans l'aîne gauche. « Une tumeur s'y forma, augmentant de volume, surtout au moment de la toux. » A l'entrée de la malade dans le service, une tuméfaction douloureuse de la paroi abdominale était facile à constater. C'était une masse à consistance demi-molle, paraissant partiellement réductible et offrant des gargouillements à la pression. Matité absolue à la percussion.

Les tentatives de réduction de la tumeur provoquaient une vive douleur. La palpation profonde de l'abdomen révélait la présence d'une masse assez volumineuse, dure, reproduisant la forme de l'S iliaque et se continuant avec la tuméfaction de la paroi. En associant le toucher rectal à la palpation abdominale, on pouvait reconnaître la présence d'une tumeur de la partie inférieure de l'S iliaque, tumeur que le doigt refoulait, sans qu'il fût possible de se rendre un compte exact de sa nature et de son étendue. La malade déclarait avoir des selles régulières, mais que son appétit était altéré depuis un mois et qu'elle avait remarqué un peu d'amaigrissement. Teinte jaunâtre des téguments, faiblesse extrême. — Le 21 juin, dans la soirée, survinrent des phénomènes de péritonite intense. L'état général s'aggrava sans cesse. — Le 22 juin, la malade succomba.

AUTOPSIE. — Péritonite généralisée. Le rectum était sain dans toute son étendue. L'S iliaque, fortement incurvée, était fixée dans l'excavation pelvienne. Elle était, de plus, notablement adhérente à la face postérieure de la région inguinale gauche. Cette partie de l'intestin était rétrécie à un haut degré ; c'est à peine si le petit doigt pouvait être introduit dans sa cavité. Au niveau du rétrécissement, long de 7 à 8 centimètres, la muqueuse de l'S iliaque présentait une surface anfractueuse, çà et là, rendue plus inégale par la présence de petits points sous-muqueux. Audessus du rétrécissement, l'S iliaque était dilatée. En un point de l'ampoule sus-jacente, un rétrécissement au niveau de la partie de l'S iliaque immédiatement accolée à la paroi abdominale, se présentait un orifice par lequel l'intestin communiquait avec un abcès dont les parois étaient constituées par les plans musculo-aponévrotiques de l'abdomen. Abordant l'abcès par la partie extérieure, nous avons pu reconnaître, qu'en un point, la paroi abdominale était perforée et que l'abcès, en partie sous-cutané, allait se faire jour au niveau de la cicatrice correspondant à l'ancien abcès. L'aponévrose du grand oblique, fort altérée, était amincie dans une certaine étendue, au voisinage de la perforation. La gaine celluleuse du grand oblique, les deux muscles petit oblique et transverse, détruits en un point, concouraient à former les parois de l'abcès. Notons, qu'au niveau du point de communication de l'abcès avec l'S iliaque se présentait une sorte de petit pont péritonéal, au niveau duquel existait une perforation. Cette lésion nous rend compte des phénomènes si brusques de péritonite que nous avons pu observer.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. Latteux. Sur une coupe perpendiculaire à la surface de l'intestin, nous trouvons : 1° la couche glanduleuse fortement altérée. Les glandes en tube, remplies de débris de cellules épithéliales, sont plus ou moins dilatées. Les culs-de-sac sont encore assez nettement limités. Cependant, l'ensemble de la région est évidemment en voie de régression graisseuse. 2° La couche celluleuse épaissie et infiltrée d'un nombre considérable d'éléments embryonnaires dont quelques-uns, en certains points, forment des îlots irréguliers. Les éléments de cette couche sont également en voie de régression. 3° La couche musculieuse est épaissie, mais à éléments à peu près normaux. En résumé, carcinôme en voie de ramollissement.

RÉFLEXIONS. — L'histoire de cette malade nous a paru in-

téressante à plusieurs titres. Rappelons les points suivants : 1° L'abcès se reproduisant après une période de dix années, a apparu au même point de la paroi abdominale. 2° On ne saurait établir de rapport entre l'abcès opéré en 1870 et la tumeur carcinomateuse, car ce serait assigner à cette dernière une durée de 10 années. 3° L'abcès que nous avons observé et dont l'apparition datait de deux mois, nous semble pouvoir être rattaché à l'ulcération des parois de l'intestin au-dessus du point rétréci. 4° Les difficultés du diagnostic étaient réelles ; la situation du carcinome rendait ce dernier inaccessible aux moyens d'investigation ordinaires. En ce qui concerne le néoplasme, ni les symptômes locaux, ni les symptômes généraux ne pouvaient mettre sur la voie d'un diagnostic précis. Le bruit de gargouillement se produisant lorsqu'on tentait de réduire la poche purulente, l'empâtement de la paroi abdominale, l'augmentation de volume de la tumeur au moment de la toux étaient autant de circonstances pouvant égarer le diagnostic, et faire songer à une laparocèle, si l'on n'avait eu, pour se guider, cette notion qu'un abcès avait antérieurement siégé dans la même région et que la tumeur n'offrait pas de sonorité à la percussion. 5° La mort de la malade est survenue par le fait d'une péritonite. Cette complication a succédé à une rupture des parties très-minces qui rattachaient l'S iliaque à la paroi abdominale.

3. Atrophies séniles symétrique des pariétaux ; par M. Ch. Féré.

J'ai déjà appelé plusieurs fois l'attention sur ces atrophies séniles symétriques et localisées de la voûte crânienne et j'ai déjà présenté à la Société plusieurs pièces relatives à ce sujet. En voici deux nouvelles, qui me paraissent offrir un intérêt particulier.

La première a été recueillie sur une femme de 72 ans. On voit, de chaque côté, en dehors de la région obéiale, un affaissement de la table externe plus prononcé à droite qu'à gauche et limité par un épaississement en bourrelet. La suture lambdoïde est complètement oblitérée. Il existe deux trous pariétaux, de moyenne grandeur et à peu près symétriques. La suture sagittale est oblitérée dans ses deux tiers postérieurs ; mais elle est encore distincte dans son tiers antérieur. La suture coronale est très distincte dans toute son étendue. Sur la ligne médiane du frontal, il existe, vers

le bregma et vers la glabelle, sur une étendue de 2 centimètres $1\frac{1}{2}$ environ, des traces très évidentes de la suture métopique, qui est peu apparente sur la partie moyenne.

La deuxième pièce offre la plus grande analogie avec la première. La suture lambdoïde est oblitérée; il en est de même des $3\frac{1}{4}$ postérieurs de la suture sagittale, mais le quart antérieur de cette suture ainsi que la suture coronale est très distincte et la suture métopique est apparente dans toute son étendue. Il n'existe qu'un seul trou pariétal du côté droit. De chaque côté de l'obélion, il y a un peu d'amincissement du pariétal, surtout marqué à droite, et, de ce côté, vers la suture sagittale, à un centimètre en dehors du trou pariétal, il existe une saillie à peu près conique d'un demi centimètre d'élévation au-dessus du niveau de la table externe de l'os et qui n'est que l'exagération du bourrelet saillant que l'on remarque ordinairement dans ces sortes de cas.

Bien que l'atrophie soit peu marquée des deux côtés, il existe un épaississement notable de la périphérie sur la dernière pièce, ce qui semble indiquer que l'épaississement qui circonscrit ordinairement l'atrophie se fait à peu près parallèlement; les deux lésions sont contemporaines.

Mais, le point le plus intéressant de ces pièces, c'est la coïncidence de l'atrophie sénile des pariétaux à la partie postérieure et la persistance des sutures antérieures et même de la suture métopique. Ce sont des crânes jeunes par leur partie antérieure et séniles par leur partie postérieure.

4. Rapport sur la candidature de M. Laurand au titre de membre-adjoint; par M. BAZY.

Parmi les communications faites à la Société par M. Laurand, il est deux observations qui nous paraissent mériter une mention spéciale.

C'est d'abord un cas de tumeur myxomateuse de la région dorsale, observée dans le service du professeur Broca. Cette tumeur siégeait sur la huitième et la neuvième côtes; elle comblait la gouttière latérale gauche de la colonne vertébrale et s'étalait sur la convexité des arcs costaux. Au niveau de sa limite externe, existait, sur ces deux os, une fracture verticale. En dedans, elle dépassait la ligne des apophyses épineuses et quelques bourgeons traversaient même entre ces lames osseuses jusqu'à la gouttière latérale du côté opposé.

Dans son ensemble, elle offrait le volume du poing. En

avant, elle proéminait dans le médiastin, où elle comprimait le pneumo-gastrique gauche dans une étroite gouttière entre elle et les corps vertébraux. La masse morbide avait également pénétré dans la cavité rachidienne, qui était comblée dans la hauteur des septième et huitième corps vertébraux; la moelle était réduite à l'état d'un ruban aplati. L'intégrité des corps et des arcs vertébraux fit supposer que le mal avait pénétré dans le conduit vertébral par les trous de conjugaison.

Les signes observés pendant la vie avaient bien répondu à l'état anatomique. Paraplégie; anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic; paralysies rectale et vésicale; puis, étaient survenus des fourmillements, de la contracture, des mouvements convulsifs des jambes et des eschares terminales. La mort fut hâtée par des accès de suffocation très intenses qui, dans les derniers jours, se répétaient avec une grande fréquence.

L'intérêt de cette observation est encore accru par le rapprochement qu'on peut en faire d'un cas analogue présenté, il y a peu de temps, par M. Féré. Dans ce dernier, la tumeur siégeait plus haut: elle offrait le volume d'un œuf de poule, adhérente à la première côte et à la gaine du nerf intercostal, qui ne paraissait pas déformé, mais simplement comprimé. Les parties osseuses étaient largement atteintes; une partie des masses latérales des deux premières dorsales était détruite; le canal rachidien était ouvert sur une surface elliptique de la dimension de la pulpe du doigt; cependant, la masse morbide ne faisait pas saillie dans sa cavité. Le seul signe observé pendant la vie avait été une douleur de névralgie intercostale gauche. L'examen microscopique a également démontré la nature myxomateuse de la tumeur, mais, pas plus dans l'un que dans l'autre cas, il n'est possible de déterminer le point de départ de la production morbide, soit dans le périoste, soit dans la gaine du nerf.

Il est intéressant de comparer, dans ces deux cas, à côté de leurs nombreux points de contact, la différence d'allures vis-à-vis du canal rachidien; envahissement par les trous de conjugaison d'une part, destruction d'une notable quantité du tissu osseux, de l'autre. De même, la fracture spontanée des deux côtes présente aussi quelque intérêt.

Le second cas sur lequel nous désirons appeler votre attention a été présenté par M. Laurand, dans une de nos dernières séances. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui avait succombé à une affection cérébrale, de forme comateuse, prise pour une méningite tuberculeuse.

A l'autopsie, on trouva des hydatides dans le cerveau ; mais, chose plus rare, une poche hydatique sur la cloison interventriculaire du cœur.

La présence d'hydatides dans le tissu cardiaque est très rare. En compulsant avec soin les Bulletins de la Société, on n'arrive à en rencontrer que trois cas : un de M. Ducastel, en 1870 ; un autre de M. Bourceret, en 1873, et un troisième, observé en 1878 par M. Rendu. M. Landouzy en présentait un cas, siégeant au niveau de la face antérieure du ventricule gauche, mais développé sur le péricarde.

Dans le cas de M. Laurand, la poche siégeait vers la partie moyenne de la cloison interventriculaire ; elle faisait du côté du ventricule gauche la saillie d'une petite noix. La cloison était refoulée en masse dans le ventricule droit. La paroi de la poche était très mince, blanchâtre, fibreuse. Elle contenait cinq à six vésicules. Davaine consacre un chapitre à ces hydatides cardiaques dont il reproduit une vingtaine de cas. Griesinger en avait rassemblé quinze.

D'après l'étude de ces observations, la lésion paraît plus fréquente dans les parois du cœur ; cependant, dans les cas de la Société, y compris celui de M. Laurand, la poche s'est développée sur la cloison interventriculaire. De même, le cœur droit serait, d'après les auteurs, atteint de préférence ; dans nos observations, on trouve en effet, dans l'un, la poche hydatique sous la valvule tricuspidale et dans l'autre, au niveau de l'infundibulum ; mais, dans le cas de M. Rendu et le nôtre, c'est dans la cavité ventriculaire gauche que la tumeur faisait saillie.

Dans le cas qui fait l'objet de ce rapport, la lésion a passé complètement silencieuse ; rien n'avait été perçu au cœur. Au contraire, dans celui presque identique de M. Rendu, il existait à l'aorte un souffle systolique rude et râpeux de rétrécissement aortique. Il est vrai que la tumeur siégeait immédiatement au-dessus de l'orifice valvulaire et rétrécissait par son volume d'un petit œuf de poule le canal aortique. Le nôtre présentait un siège moins élevé, un volume moindre et une direction plutôt oblique en bas, vers la pointe du ventricule.

La poche était intacte ; c'est aussi le cas des observations consignées dans les Annales de la Société, dont aucune ne présente d'exemple de ces ruptures, avec embolies multiples, dont Davaine reproduit quelques cas. Le liquide de la poche était trouble, mais encore fluide ; dans le cas de Bourceret, il avait subi une transformation caséuse. Les autres organes étaient absolument sains ; aucun ne présentait d'hydatides ; le poumon, entre autres, n'en offrait pas

de trace et ce détail a de l'importance à cause de l'opinion de certains auteurs qui expliquent l'arrivée des vésicules dans le cœur par la circulation pulmonaire, alors que l'opinion générale veut que la migration ait lieu des organes périphériques (intestins, foie, etc.) par la veine cave, d'où passage dans le territoire pulmonaire avec arrêt possible dans le cœur.

Séance du 8 juillet 1881.

PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

5. Deux cas de rupture complète et spontanée du cœur ;
par M. KLIPPEL, externe des hôpitaux.

Premier cas. — La nommée S..., entrée le 9 août 1870 à la Salpêtrière, dans le service de M. VOISIN, pour cause de démence sénile, âgée alors de 59 ans, était valide le 1^{er} avril 1881, quand elle se plaignit de malaise. On la conduisit, en la soutenant, de la salle de travail à l'infirmerie.

Le 27 avril, nous la trouvons couchée; le côté gauche est frappé d'hémiplégie; il y a perte de la parole sans que la langue tremble ou soit déviée. La malade peut tirer la langue et ne présente pas d'anesthésie. Elle écrit facilement son nom et tout ce qu'elle a sous les yeux; la mémoire est intacte. Quelque temps après, on remarque que le phénomène du genou est beaucoup plus marqué du côté paralysé; les contractures tardives apparaissent bientôt progressivement.

Le 27 juin, les doigts et l'avant-bras gauches étaient condamnés à la flexion, la jambe du même côté était inerte; quelques mots seulement pouvaient être prononcés, et d'une manière peu distincte. Ce même jour, dans l'après-midi, la malade se plaint d'avoir froid, particulièrement aux mains. Son visage pâlit, sa tête se penche à gauche et la mort a lieu sans convulsions.

AUTOPSIE. — *Encéphale* (1090 grammes seulement). Il existe une grande quantité de sérosité sous-arachnoidienne. Le cerveau, placé dans une cuvette, s'aplatit. On voit des

plaques d'athérome dans toutes les artères de la base. Sur l'hémisphère gauche, les méninges s'enlèvent facilement. Les circonvolutions du corps calleux ne présentent pas de ramollissement. On ne voit aucune lésion de la surface des circonvolutions supérieures. Les artères sylviennes sont athéromateuses. Il n'existe pas d'altération de la surface de l'insula à droite ; au contraire, cette même partie offre, du côté gauche, une grande mollesse.

Du côté gauche, il existe cinq ou six lacunes du volume de grains de millet qui se trouvent dans le noyau extra-ventriculaire. La troisième circonvolution frontale gauche ne présente rien d'anormal.

Du côté droit, la même circonvolution est également intacte, mais, dans la partie supérieure et antérieure du noyau extra-ventriculaire, on remarque un foyer de ramollissement dont la couleur est d'un rouge sale.

Cœur. Il porte une couche de graisse qui efface le sillon médian antérieur. Le myocarde présente une coloration jaunâtre. Les valvules sont suffisantes et sans athérome. — *Aorte.* Il existe dans l'aorte des plaques d'adhérence qui siègent surtout au niveau des vaisseaux qui émergent de l'aorte. — *Artères coronaires.* L'artère coronaire antérieure est notablement athéromateuse ; on trouve à sa partie moyenne un caillot qui l'obstrue.

Etat des veines. Les veines qui accompagnent l'artère coronaire antérieure sont bosselées, volumineuses et gorgées de sang coagulé dans la partie qui correspond à la déchirure. En les ouvrant, on y voit des thromboses.

Etat du tissu. Au niveau de la rupture, le tissu du cœur est aminci, jaune et sec. Les bords de l'ouverture sont déchiquetés sur les faces interne et externe de la paroi.

Siège de la rupture. Elle s'est faite sur la partie antérieure de la paroi externe du ventricule gauche, à un centimètre environ au-dessus de la pointe du cœur. — *Déchirure.* Elle est totale.

Aspect et direction de la fente. Elle est irrégulière, anfractueuse, mais sa direction générale est verticale. — *Dimensions de la fente.* Elle mesure au moins 2 centimètres de longueur et reste béante.

Péricarde. On rencontre dans cette cavité le caillot du sang échappé du ventricule gauche à la suite de la rupture. Son volume surpasse celui du poing.

Deuxième cas. — La nommée X..., entrée à la Salpêtrière, il y a quelques années, est trouvée morte un matin dans son lit, sans que l'attention ait été attirée durant sa

vie par des symptômes particuliers du côté du cœur. Cette femme, âgée de 77 ans et jouissant d'une assez bonne santé, n'était pas alcoolique et n'avait pas d'embonpoint.

AUTOPSIE. — D'une façon générale, il existe de l'athérome dans les artères et surtout dans l'aorte, au niveau des vaisseaux qui naissent de la crosse. Pas d'altérations valvulaires.

Le tissu du cœur est moins jaune, humide et se déchire facilement. On voit des plaques athéromateuses dans l'artère coronaire antérieure. A 3 centimètres au-dessus de la pointe, se trouvent dans ce vaisseau deux caillots jaunâtres, placés l'un au-dessous de l'autre et séparés par une courte distance. Au niveau de la pointe du cœur, les veines sont dilatées et pleines de sang coagulé.

La rupture siège à l'extrémité de la pointe, dans la partie antérieure de la paroi externe du ventricule gauche, au niveau de la cloison. Sa direction est verticale et d'environ 5 millimètres de longueur. Ses lèvres sont amincies aux dépens de leur faces interne et externe. Autour de l'ouverture, le tissu du cœur présente une auréole de coloration rouge. Le péricarde est distendu par un caillot de sang dont le poids est de 250 grammes.

RÉFLEXIONS. — Ces deux cas de rupture complète et spontanée du cœur sont identiques et ressemblent également au cas observé par Malnisten, publié dans le volume de l'année 1861, de la *Gazette de médecine et de chirurgie* et intitulé : observation de rupture du cœur, suite probable d'oblitération de l'artère coronaire. Dans ces trois cœurs, la suite des phénomènes pathogéniques semble avoir été la suivante :

1° Athérome des artères coronaires antérieures. 2° Thrombose dans ces artères. 3° Obstruction de la circulation. 4° Dystrophie des parties situées en aval de l'obstacle au cours du sang. 5° Rupture de ces parties.

Il résulte de cette marche des lésions qu'on peut admettre, dans les deux cas étudiés ci-dessus, non une rupture par altération primitive des fibres du myocarde, mais une rupture par altération secondaire de ce muscle, laquelle a eu pour cause déterminante l'oblitération des artères coronaires.

6. Sarcôme mou du testicule droit. — Castration;
par M. MEUNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé P... Georges, âgé de 35 ans, employé, entré le 27 juin 1881, salle St-Jean, lit n° 8, dans le service de M. DESPRÉS, à la Charité, pour un cancer du testicule.

Aucune maladie jusqu'en 1868. S'étant engagé au mois de décembre 1868 dans la cavalerie, le Dr G. constatait qu'il avait les ganglions du cou très enflés et lui assurait qu'il avait la syphilis. Il avait 21 ans et n'avait cependant jamais eu la moindre maladie vénérienne.

Après un traitement mercuriel de 10 jours, les ganglions avaient complètement disparu. Pendant la campagne de Prusse, dans une marche de nuit, son cheval s'étant dérobé, le testicule droit s'était frappé sur le pommeau de la selle. Depuis cette époque, il était devenu non seulement plus fort, mais plus dur et irrégulier.

En 1871, après la guerre, P. consulta le Dr M. D. qui lui déclara que son testicule était syphilitique et lui fit suivre un traitement spécifique, iodure de potassium à haute dose en potion, et pommade mercurielle belladonnée en frictions sur l'organe malade. Le testicule ne diminuait, ni ne grossissait. P... partit alors en Afrique, et, au bout de quelques mois, constatait que le testicule avait à peu près repris sa première forme. Dans toute cette période, il n'a jamais ressenti de douleur.

Pendant son séjour en Afrique, il remarqua que la glande grossissait pendant l'hiver et reprenait son volume normal durant les grandes chaleurs.

Au mois de décembre 1875, lors de sa libération, il tomba malade et entra à l'hôpital militaire de Batna. pour une arthrite du genou gauche. Il fut soigné par les vésicatoires. De retour à Paris, le 20 décembre, il consulta le Dr M. D. qui lui dit que l'arthrite était une conséquence de la syphilis, et le traita par l'iodure de potassium et les vésicatoires. Au bout de six mois, sa position n'était nullement améliorée, et, de plus, il avait une contusion chronique du talon droit. Ce fut alors que M. Després guérit l'arthrite en quelques jours par l'application de pointes de feu, et la contusion, par la semelle métallique.

Au mois d'avril 1879. P... avait l'œil gauche malade ; c'était une iritis, et, de plus, il avait la poitrine couverte de plaques cuivrées. M. Sichel fit passer les taches par les frictions mercurielles, en quatre jours ; quant à l'œil, il ne fut complètement guéri qu'au bout de deux mois. Au prin-

temps de l'année 1880, la partie droite redevenait douloureuse, et, de plus, des douleurs très vives se manifestaient fréquemment dans le bas-ventre du même côté. S... reprit le traitement ioduré et mercuriel. Mais, le testicule, au lieu de diminuer, grossissait tous les jours. Au mois de janvier 1881, M. Després constata l'existence d'une hydrocèle symptomatique et fit une ponction. Le testicule proprement dit était gros et irrégulier. Huit jours après, nouvelle ponction et injection de teinture d'iode, suivie d'une réaction inflammatoire intense. Le 20 janvier, une fistule de la tunique vaginale s'ouvrait au point même de l'ouverture faite par la dernière ponction. Une eau légèrement rouge en sortait presque continuellement. Le testicule était énorme, mais nullement douloureux. Le 5 février, la fistule qui se trouvait à la base du scrotum se fermait.

A côté, se forma un abcès qui fut ouvert par le bistouri, et d'où sortirent du sang noirâtre et des débris membraneux en grande quantité, mais pas de pus. Quelques jours après, cet abcès se reformait. Un autre abcès de même nature se formait au sommet du testicule, et ne se cicatrisa pas.

Le testicule avait alors une couleur violacée très prononcée ; et l'eau roussâtre qui suintait n'avait pas d'odeur. Jusqu'alors, il ne s'était pas développé de champignon fongueux. Des cataplasmes étaient appliqués jour et nuit. Le testicule diminuait sensiblement.

Au commencement de mars, P... put se lever et marcher en portant un suspensoir très serré. L'abcès le plus douloureux suintait toujours. A ce moment, P... éprouvait dans le bas-ventre, du côté droit, des douleurs très vives, semblables à de fortes coliques.

A la fin de mai, le testicule était redevenu très gros, très sensible. L'abcès était cicatrisé. L'état général était bon. L'appétit diminuait beaucoup. Deux abcès, l'un au sommet des bourses, l'autre à la base, ce dernier au même point que l'ancien, c'est-à-dire à l'endroit de la ponction, s'ouvrirent spontanément. Comme précédemment, il sortait du sang et des membranes, des grumeaux grisâtres. Par les orifices, on vit apparaître deux champignons, qui suintaient continuellement. Le testicule augmentait à vue d'œil et se bosselait.

Enfin, les 23, 24, 25 et 26 juin, des hémorrhagies se produisirent régulièrement tous les matins, au niveau du foyer situé le plus bas. Le sang sortait au milieu du champignon, par un petit orifice béant. Le jet était continu et mince comme un fil. Le sang, en tombant dans la cuvette, se coagulait immédiatement. Les hémorrhagies étaient

très abondantes et difficiles à arrêter. Depuis quelques jours, le testicule exhalait une odeur insupportable.

Le malade entre à l'hôpital le 27 juin. Les accidents survenus ces derniers jours l'ont décidé à subir une opération à laquelle il se refusait depuis longtemps. A ces renseignements, il faut ajouter que le malade est un alcoolique avéré; mais, depuis six mois, il a renoncé à ses habitudes. Le foie paraît avoir son volume normal. On ne trouve dans l'abdomen aucune tumeur indiquant que les ganglions correspondants au testicule sont engorgés.

Etat actuel. L'état général est assez mauvais. Anémie, faiblesse, perte de l'appétit, fièvre. T. S. 39°, 2. Commencement d'amaigrissement. Le testicule droit a le volume de deux poings. De forme ovoïde, de coloration violacée, avec un réseau veineux sous-cutané assez développé, de consistance ferme en certains points, ramollie et presque fluctuante en d'autres, de surface irrégulière et bosselée, la tumeur s'étend jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Le périnée est saillant et dur et rempli en partie par une expansion de la tumeur. Les deux saillies en forme de champignon, dont il a été déjà question, sont aplaties, rouges, avec des points blancs.

28 juin. T. M. 38°. — S. 39°. Sulf. de quin. 1 gr.

29 juin. T. M. 37°, 4.

Opération. Le malade est chloroformé. La dissection de la tumeur présente une grande difficulté, surtout en arrière, au périnée; le muscle bulbo-caverneux droit est mis à nu. L'hémorrhagie est très abondante. Il faut lier successivement quatorze artères, y compris celles du cordon. M. Després ne fait jamais la ligature en masse du cordon.

Il reste une vaste plaie anfractueuse, sur laquelle le chirurgien applique un gâteau de charpie imbibée d'alcool camphré pur. Puis, les deux lèvres de l'incision sont réunies à leur partie moyenne par trois points de suture, la charpie débordant par les deux extrémités. Pansement à l'alcool camphré, qui devra être tenu constamment humide.

La tumeur, fendue en deux, est composée de lobes réunis les uns aux autres par un tissu cellulaire assez dense. Les uns sont durs, fermes, les autres mous et diffluent; la coloration de ces derniers rappelle celle du cerveau; les autres sont d'un blanc grisâtre.

La coupe des champignons montre qu'ils se continuent avec la tumeur. La peau s'arrête au pourtour de leur pédicule, qu'elle limite très exactement et étroitement pour ainsi dire, au niveau du champignon situé le plus haut et qui est le moins développé, tandis qu'au niveau du second elle est

ulcérée et donne accès dans une excavation profonde, irrégulière, tapissée de lambeaux gangrénés, d'odeur infecte.

Le cordon est disséqué. Il se perd dans l'épaisseur de la tumeur ; le canal déférent est suivi jusqu'à une certaine profondeur, puis son tissu se confond complètement avec celui du néoplasme. On reconnaît, un peu au-dessous de ce point, une masse ovoïde, dont la coupe blanchâtre, parsemée de bandes étroites, sinueuses, de coloration rosée, paraît comme vermoulue. Cette portion constitue le testicule. On ne retrouve pas trace de l'épididyme.

L'examen histologique a montré que la tumeur appartenait à la classe des sarcomes, bien que son aspect macroscopique fit penser plutôt à un encéphaloïde.

30 juin. Le malade a vomi plusieurs fois dans la journée. La nuit a été bonne. La température du 25 au soir était de 37°,9. Ce matin de 37°,4 et ce soir de 38°,4.

1^{er} juillet. T. M. 37°,2. — S. 38°,4.

2 juillet. T. M. 38°,2. — S. 38°,6.

3 juillet. T. M. 37°,6. — S. 38°,8.

4 juillet. T. M. 38°. — S. 38°,2. L'appétit commence à revenir. On enlève les sutures, qui sont toutes réunies.

5 juillet. T. M. 37°,6. — S. 38°,4.

6 juillet. T. M. 37°,8. — S. 38°.

7 juillet. T. M. 37°,4. — S. 37°,6. A partir de ce jour, la température ne s'élève pas au-dessus de 37°,6.

11 juillet. Le malade n'a pas uriné de la journée. Un lavement à la glycérine le fait uriner. Cette rétention ne s'est pas reproduite.

20 juillet. Pansement simple. La plaie a considérablement diminué. Les bourgeons charnus la comblent rapidement. L'état général de l'opéré s'améliore de jour en jour.

29 juillet. Le malade se lève.

5 août. Il sort guéri. — Aucun signe, en ce moment, ne fait prévoir une récurrence dans les ganglions.

M. RECLUS. Les fongus cancéreux sont rares. Ne sont-ils pas développés par envahissement de la peau plutôt que par perforation ?

7. Tumeur solide de l'ovaire ; par MM. CÉTINGER et TISSIER, internes des hôpitaux.

Le 31 mai 1881, entre dans le service de M. NICAISE, salle Chassaignac, n° 15, une femme âgée de 54 ans, journalière. Sa mère est morte du choléra ; son père est mort fort âgé, 76 ans ; en résumé, pas d'antécédents héréditaires particu-

liers à noter. Pas de lymphatisme infantile. Réglée à 14 ans, et, depuis cette époque, toujours régulièrement. Il y a 3 ans, à l'âge de 46 ans, ménopause. Elle a eu 3 enfants, le dernier, il y a 25 ans; les accouchements ont tous été naturels; métrorrhagie abondante à la suite du second. Quant aux enfants, ils sont tous morts jeunes; celui qui survécut le plus longtemps mourut à 17 ans. Depuis longtemps, la malade souffrait dans le bas ventre aux époques cataméniales; les pertes sanguines étaient abondantes. En 1868, la malade s'aperçut fortuitement qu'elle portait dans le ventre, au-dessus du pubis, une tumeur très dure et se déplaçant avec une grande facilité. Cette tumeur, raconte la malade, avait à cette époque la dimension d'une pomme environ. Une constipation habituelle, des débâcles survenant de temps à autre, quelques palpitations, tels étaient les seuls symptômes physiologiques à noter pendant une longue période d'années; la malade elle-même, pendant fort longtemps, ne pouvait plus retrouver la présence de la tumeur. Ce n'est qu'en 1875 que les coliques reparurent, mais peu accusées, et la malade put, jusqu'au mois de janvier 1881, vaquer à ses occupations.

A ce moment, elle commença à maigrir, à se fatiguer facilement; les coliques se répétaient à de plus proches intervalles et devenaient quelquefois si douloureuses qu'elles provoquaient des syncopes; au mois de mars, le ventre devint très volumineux, la marche impossible; la respiration, de plus en plus gênée, empêchait toute espèce de mouvement; les jambes étaient œdématisées, les palpitations cardiaques très fréquentes. Entrée, à cette époque, dans le service de M. Jaccoud à Lariboisière, elle fut un peu améliorée; envoyée de là chez M. Legroux, à la fin de mai, on la ponctionna et l'on retira de la cavité abdominale 15 litres de liquide citrin, transparent. Quelques souffrances passagères à la suite de cette ponction. Passage en chirurgie le 30 juin. On constate la présence, dans la cavité abdominale, d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, mobile, dure, régulière; lorsqu'on repousse avec le doigt la couche de liquide qui la sépare de la paroi abdominale, on arrive sur une masse dure et la sensation qu'on éprouve peut être assez exactement comparée à la sensation de ballotement. Le toucher vaginal n'indique rien de spécial; les mêmes sensations ne sont éprouvées que par le palper abdominal, lorsqu'avec la main gauche on presse sur la tumeur.

L'épanchement abdominal est assez abondant. Les jambes sont œdématisées. L'absence de respiration à la base des deux poumons, la matité à ce niveau font penser qu'il

existe en même temps un épanchement dans la cavité des deux plèvres; quelques râles sous-crépitaunts disséminés dans les deux poumons engagent M. Nicaise à retarder de quelques jours une intervention chirurgicale. L'état général est loin d'être satisfaisant. La malade est très maigre et n'a que peu de forces.

Ovariectomie le 8 juillet, avec le concours de MM. Lucas-Championnière, Berger, Bouilly; l'incision de la paroi abdominale s'étend du pubis jusqu'à l'ombilic. L'incision faite, une grande quantité de liquide s'écoule, 10 à 12 litres environ, liquide citrin, limpide. — La tumeur n'est adhérente en aucun point et c'est avec la plus grande facilité qu'on la sort de la cavité abdominale. On lie le pédicule et on le laisse libre dans l'abdomen, puis, suture de la plaie des parois abdominales. Toute l'opération a été faite avec l'anesthésie par le chloroforme et toutes les précautions ont été prises pour suivre la méthode de Lister dans sa plus grande rigueur.

Le lendemain et les jours suivants, rien de spécial; la malade est isolée dans une chambre particulière; elle ne souffre pas, n'a pas de fièvre du tout; la température oscille entre 37°,5 et 38°,0. Au bout de 48 heures, on enlève la moitié des fils de suture; la plaie est absolument cicatrisée et présente le meilleur aspect. Deux jours après, on enlève les fils qui restent encore; tout est dans le meilleur état. La malade, cependant, se plaint d'être toujours très faible, et de n'avoir pas d'appétit.

Le 14 juillet, la malade demande à être transportée dans la salle commune; tous les plus grands soins sont pris pour éviter toute imprudence. Le soir, la température est un peu plus élevée que de coutume et atteint 39°. Pas de coliques, pas de douleurs abdominales, pas de vomissements; l'état de faiblesse de la malade est très grand; elle ne prend que peu de chose, du bouillon, du vin de Champagne et quelques fruits.

15 juillet. La température est encore élevée, elle atteint 39°,5, mais il n'y a rien d'inquiétant. Le soir, l'état de faiblesse augmente encore; M. Nicaise vient la voir à 5 heures; à ce moment, elle répond très bien à toutes les questions qu'on lui adresse; l'état d'affaiblissement progressif, la température élevée deviennent des symptômes graves.

A 6 heures, elle meurt subitement, sans présenter rien autre que des signes d'anxiété et de gêne respiratoire; elle s'éteint après avoir perdu connaissance pendant 15 minutes environ; des courants électriques, des inhalations

d'oxygène ont pu quelques instants prolonger le réflexe respiratoire.

AUTOPSIE, faite 22 heures après la mort. — L'examen le plus attentif des divers viscères n'a permis de constater aucune lésion; les poumons sont un peu cedématisés à leur base, un peu adhérents aux parois costales par d'anciens tractus fibreux. — Le péritoine est normal; les reins un peu congestionnés; les uretères ne sont pas dilatés. — Le cœur, les artères pulmonaires sont absolument intacts.

Dans le petit bassin, la recherche la plus minutieuse montre que toutes les veines sont saines et ne présentent en aucun point des traces de phlébite. La plaie abdominale est complètement réunie; sur le péritoine pariétal, la ligne correspondant à l'incision n'est déjà plus distincte. — L'épanchement abdominal ne s'est pas reproduit. — L'utérus est normal; l'orifice du museau de tanche complètement oblitéré.

La tumeur avait pris naissance dans l'ovaire gauche, dont on ne retrouve plus aucun vestige; le pédicule, laissé libre dans la cavité abdominale, est un peu adhérent à la face interne du méso-rectum; à sa partie supérieure, il est un peu tuméfié, recouvert de quelques caillots sanguins, mais ne présente aucune trace d'inflammation.

Quant à la tumeur elle-même, elle a les dimensions d'une tête de fœtus, pèse 1200 grammes. Dure à la coupe, elle présente un tissu blanchâtre, homogène, granuleux, renfermant un certain nombre de vaisseaux; au niveau du pédicule, on trouve quelques petits kystes du volume d'une noix, accolés les uns aux autres et renfermant un liquide citrin. Au centre de la tumeur, dégénérescence muqueuse, et, en quelques points de la surface, dégénérescence analogue. — Cette tumeur est de forme ovoïde, lisse et régulière à sa surface.

L'examen histologique a montré que la tumeur était formée par une grande quantité de cellules fusiformes, allongées, se colorant uniformément par le picrocarmin. En certains points, on trouve de grandes bandes de tissu fibreux, ondulées, et parallèles les unes aux autres. On trouve aussi à la coupe quelques vaisseaux, mais peu abondants. — Les parois des cavités kystiques sont formées par le même tissu. — Il s'agit vraisemblablement d'un sarcome fasciculé dont l'évolution est déjà fort avancée. Suivant les points où les coupes ont été faites la proportion de tissu fibreux est plus ou moins abondante. En aucun point de la

tumeur, nous n'avons rencontré de fibres musculaires bien nettement caractérisées.

8. ELECTIONS. MM. CHAUFFARD, LAURAND et POIRIER sont nommés membres adjoints de la Société.

Séance du 13 juillet 1881.

PRÉSIDENTE DE M. LANDOUZY.

- 9. Tumeur du pédoncule cérébral droit et de l'émientia-
teres du même côté ; hémiplegie et hémiparésie gauches.
— Paralysie du moteur oculaire commun gauche ; par M.
A. MATHIEU, interne des hôpitaux.**

Le nommé Vercasse, âgé de 32 ans, employé des pompes funèbres, entre le 14 juin 1881, salle Saint-Charles, n° 8, service de M. PROUST, à Lariboisière.

Le malade conte que, depuis son enfance jusqu'à il y a deux ans, il a été atteint d'un écoulement purulent de l'oreille gauche, écoulement permanent et de médiocre abondance. Il y a deux ans, cette suppuration s'est arrêtée, et cette suspension a coïncidé avec des maux de tête, des vertiges, des étourdissements qui ne laissaient aucun repos au malade. A ce moment, il entra à l'hôpital Saint-Louis, où M. Péan lui fit la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Il se fit une amélioration sensible. La plaie suppura pendant plusieurs mois, puis se tarit et se ferma. Le malade put reprendre ses occupations. L'écoulement de l'oreille, qui avait notablement diminué sous l'influence de la trépanation, réapparut. Toutefois, les accidents qui l'avaient amené à Saint-Louis : céphalée, vertiges, étourdissements, ne se reproduisirent plus avant le commencement de l'année 1881.

En effet, vers la fin de février ou le commencement de mars, V. éprouva de nouveau des étourdissements, des maux de tête intenses, des éblouissements, des vertiges. Bientôt, sa jambe gauche devint plus faible ; puis, le membre inférieur tout entier, le membre supérieur et la

face se prirent, et, au bout de 4 à 5 jours, s'il faut l'en croire, le malade était parvenu au degré de paralysie que nous constatons aujourd'hui. Il entra à Tenon, où il ne séjourna que peu de temps. Pas de détails sur son séjour dans cet hôpital. Il en sortit bientôt amélioré.

Après quelque temps, il entra à la Charité. On lui a fait prendre, dit-il, une assez grande quantité d'iodure de potassium. Il y demeure environ six semaines, toujours dans le même état et en sort pour venir à Lariboisière et se trouver plus près de sa famille.

15 juin. Le malade est brun, robuste. Sa marche est rendue très difficile par une hémiplegie incomplète du côté gauche; de ce côté, la force a notablement diminué, tant dans le membre supérieur que dans le membre inférieur. Le facial inférieur correspondant est également paralysé, et la bouche fortement déviée à droite. Le front semble plus lisse, moins plissé de ce côté que du côté opposé. Les yeux se ferment à peu près aussi bien d'un côté que de l'autre. En revanche, l'œil gauche s'ouvre beaucoup moins facilement que le droit. Malgré les efforts du malade, la paupière supérieure gauche reste lisse et tombante. Son mouvement d'élévation est très restreint et le globe de l'œil se découvre moins que du côté opposé. L'œil gauche est également plus saillant; la pupille est manifestement dilatée, il y a du strabisme externe et le malade accuse de la diplopie, surtout lorsqu'on lui fait suivre des yeux un objet qui se déplace vers la droite.

La sensibilité est très diminuée du côté gauche; tous ses modes sont également atteints. A certains moments, toutefois, le malade semble avoir de l'hyperesthésie au froid. Il y a encore de ce côté un retard notable des perceptions. Ce retard diminue lorsque, pendant quelque temps, on a renouvelé des expériences. Il semble que le malade acquière ainsi plus d'habileté et plus de promptitude dans la perception. Souvent V... éprouve, pour uriner, une certaine difficulté; il faut à la miction un assez long temps pour se mettre en train, et souvent le malade est tourmenté par de fausses envies. Le malade est geignant, il parle d'une voix dolente. Parfois, il pousse des appels aigus qui rappellent un peu les cris hydrencéphaliques. Il ne se trouve bien dans aucune situation, veut se lever, se coucher, puis se promener encore.

5 juillet. Depuis l'entrée, le malade est resté à peu près dans la même situation. La paralysie persiste au même degré, y compris la paralysie du moteur oculaire commun. Les troubles de la sensibilité se sont peu modifiés; toute-

fois, il semble maintenant, plus qu'au moment de l'entrée, que le retard dans la perception soit la modification dominante de la sensibilité.

Pas de vomissements; pas de perte de connaissance, pas de convulsions. Céphalalgie souvent fort intense. Écoulement léger de pus par l'oreille; cet écoulement est assez peu abondant pour que le pus ne parvienne pas à l'intérieur par le conduit auditif externe et qu'il faille aller le chercher au fond de l'oreille. A l'examen par le spéculum auriculaire, on aperçoit une sorte de cul-de-sac rougeâtre, avec des anfractuosités, des bourgeons grisâtres et brunâtres et une sorte de trajet fistuleux qui s'enfonce dans la profondeur, là où devrait être le tympan. Le malade est absolument sourd de ce côté. Il n'entend pas même la montre placée contre les os. Lorsqu'on l'engage à souffler, le nez et la bouche étant fermés, on entend dans l'oreille un sifflement caractéristique.

7 juillet. Depuis deux ou trois jours, la prostration est survenue et a fait de rapides progrès. Le malade est maintenant dans le coma. La respiration est stertoreuse. Parfois, il se réveille un peu, mais il balbutie à peine oui ou non. La paralysie gauche est en même temps devenue plus complète. Quand on le pince ou qu'on le pique du côté droit, il fait encore quelques grimaces qui indiquent qu'il perçoit; aucune réaction lorsqu'on fait à gauche les mêmes tentatives.

Soulevés, les membres du côté gauche retombent inertes; les membres du côté droit conservent encore une certaine élasticité. La dilatation de la pupille du côté gauche a disparu. Les deux pupilles sont égales et resserrées. Le strabisme divergent et la paralysie du releveur de la paupière ont persisté à gauche, mais il semble y avoir un certain degré de strabisme convergent à droite.

Jusqu'à la mort, survenue le 11, ces phénomènes persistent. Le coma augmenta et devint complet; les pupilles restèrent resserrées des deux côtés. Il était absolument impossible de savoir ce qui se passait exactement du côté des muscles moteurs des yeux. Il n'y avait rien de constant dans leur situation, bien que la divergence ait été la position prédominante du côté gauche.

AUTOPSIE. — Sauf un certain degré de congestion des poumons, surtout évident à gauche, un certain degré de dégénérescence graisseuse du foie et des reins, les viscères abdominaux et thoraciques ne présentent rien de remarquable.

Le crâne étant ouvert, la dure-mère paraît très congestionnée, sillonnée de veines turgescentes. La pie-mère est également congestionnée; elle ne présente, toutefois, ni troubles ni adhérences. Au niveau de la saillie du rocher, du côté gauche, on ne trouve rien de particulier; la dure-mère est lisse, normale; nulle part d'inégalité, de dépoli, ni de soulèvement. Les nerfs qui passent dans le voisinage sont libres dans leur trajet et on ne trouve rien de particulier vers le sinus caverneux du côté correspondant; chose certaine, il n'y a à la base du crâne ni abcès, ni masse caséuse susceptible de comprimer ou de détruire les organes de la région.

Il existe du côté droit une tumeur du pédoncule cérébral. Cette tumeur, grosse comme un œuf de poule aplati, occupe sa partie externe et postérieure et pénètre avec lui dans l'intérieur du cerveau. Les ventricules latéraux sont dilatés et remplis de liquide séreux. Du côté droit, le ventricule a triplé d'étendue; la tumeur cérébrale occupe cet espace. Elle a, de la sorte, refoulé les corps opto-striés sans les entamer.

Il n'en est pas de même du pédoncule cérébral. Le pédoncule, le cerveau étant intact, paraît aplati d'avant en arrière et de dehors en dedans. La chose est plus évidente encore sur une coupe. Sur une coupe perpendiculaire, on retrouve facilement la substance noire de Scemmering qui divise le pédoncule en deux étages. L'étage supérieur est devenu triangulaire, étant aplati en dehors; l'étage inférieur est devenu directement aplati d'avant en arrière.

Sur une coupe encore, on voit que la substance de la tumeur se continue directement dans les couches superficielles du pédoncule. La masse de la tumeur est d'un rouge grisâtre, de consistance élastique, un peu translucide, avec des points plus sombres, tremblottante. Dans l'épaisseur du pédoncule, on reconnaît cette substance plus brillante, d'aspect plus gélatineux, qui va en se perdant dans le pédoncule. Une trainée semblable naît de la partie inférieure de la tumeur, se prolonge vers le plancher du quatrième ventricule. Sur celui-ci, on constate rapidement que l'eminencia tere supérieure du côté droit est manifestement augmentée de volume. La tige du talamus scriptorius se trouve déjetée du côté gauche.

À la coupe, on retrouve une trainée de substance d'un gris jaunâtre, d'une épaisseur de quatre à cinq millimètres, qui se continue en haut et en dehors avec la tumeur pédonculaire. Il n'y a rien de semblable du côté gauche et il est évident que, pour tous ceux qui voient les choses, il y a

là une production semblable à celle qui accompagne la face latéro-supérieure du pédoncule.

Les autres parties du plancher du quatrième ventricule paraissent normales, superficiellement et à la coupe.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. La coïncidence des phénomènes cérébraux avec un écoulement purulent de l'oreille avait fait penser à un abcès du cerveau ou de la base du crâne. Les phénomènes de parésie et d'anesthésie se trouvaient, il est vrai, du même côté que la lésion de l'oreille, ce qui était d'une interprétation difficile.

La paralysie incomplète et les troubles de la sensibilité s'expliquent très bien par la compression des faisceaux du pédoncule cérébral. Chose à remarquer, il n'y a eu ni vomissements, ni phénomènes convulsifs. Enfin, la paralysie du moteur oculaire commun gauche ne peut s'expliquer que par la propagation de la tumeur à l'eminencia teres supérieure du côté droit. Il y aurait donc entrecroisement des filets du moteur oculaire commun au moment où ils pénètrent dans leur foyer d'origine. C'est un point sur lequel les physiologistes et les anatomistes discutent encore, et sur lequel la science est loin d'être fixée. Quoiqu'il en soit, dans le cas présent, les phénomènes ont été très nettement prédominants du côté opposé, ce qui suppose un entrecroisement, sinon total, de toutes les fibres d'origine, au moins d'un grand nombre d'entre elles.

Les phénomènes ultimes constatés vers les yeux; disparition de la dilatation pupillaire, strabisme externe devenu inconstant à gauche, strabisme convergent momentané à droite, s'expliqueraient bien par le voisinage et même la communauté des centres gris d'origine. Peut-être, toutefois, dans ces masses grises, certains points donneraient-ils plus particulièrement naissance à certains filets nerveux?

10. Fongus syphilitique du testicule; par M. RECLUS,
chirurgien des hôpitaux.

M. RECLUS montre que, jusque dans ces dernières années, le terme de fongus du testicule n'a fait que prêter à une déplorable confusion. En France, Jarjavay le premier

(*Arch. gén. de méd.*, 1849) a étudié le sujet d'un peu près; il a divisé les fungus du testicule en superficiels et profonds, mais il n'a point cherché à établir la nature de la lésion primitive.

Deville (1853) a montré que le fungus était le plus souvent une période de l'évolution de l'affection tuberculeuse du testicule; cependant, en 1859, dans son *Traité de pathologie externe*, Nélaton se contente de résumer le mémoire de Jarjavay et ne se préoccupe pas des origines de la lésion. En 1858, Rollet décrit le fungus syphilitique résultant de la suppuration de gommes intra-testiculaires; il pense comme Deville que le fungus est constitué par une hernie du testicule à travers ses enveloppes, mais, comme lui aussi, il est trop exclusif et il pense que le fungus est dû presque toujours non plus au tubercule, mais à la syphilis.

Ces auteurs ne décrivent que le fungus profond. Dans un travail plus récent, M. Marc Sée divise les fungus en profonds et superficiels.

Les fungus du testicule peuvent être rapportés à des causes très diverses. Ils peuvent se développer à la suite d'un traumatisme, à la suite d'une application de caustique; ils peuvent avoir leur origine dans une affection tuberculeuse ou dans une affection syphilitique du testicule.

M. Reclus étudie maintenant en particulier les fungus syphilitiques, qu'il divise en superficiels et profonds; ils constituent, comme dans la tuberculose, un mode de terminaison de la maladie. Les fungus superficiels se développent aux dépens de l'albuginée, dénudée dans une étendue peu considérable, et qui donne lieu à une production de bourgeons charnus généralement peu considérables. Les fungus profonds ne peuvent pas être constitués, comme on l'a pensé, par la hernie des tubes testiculaires qui forment des masses sans vitalité, qui ne pourraient servir de base à des bourgeons charnus, à une véritable tumeur fongueuse persistante. Les fungus profonds ont pour origine des gommes intra-testiculaires qui suppurent.

Le tissu scléro-gommeux prolifère et donne naissance à des bourgeons; qui deviennent peu à peu exubérants et constituent une tumeur extérieure en passant à travers la perforation de l'albuginée et des enveloppes externes du testicule.

M. KIRMISSON accepte l'opinion de M. Reclus sur le mode de formation des fungus profonds; mais, il fait remarquer que MM. Duplay et Reynier ont appelé les premiers l'attention sur la suppuration du testicule et sur son rôle dans

la formation des fongus. Et, puisqu'il s'agit de syphilis du testicule, il prie M. Reclus de vouloir bien donner son opinion sur l'épididymite syphilitique.

M. RECLUS dit que l'épididymite syphilitique décrite d'abord par Dron, niée en Angleterre et en Allemagne, puis étudiée de nouveau en 1873 par M. Fournier, est une affection rare; il n'est pas douteux qu'elle appartienne à la syphilis, mais il est loin d'être prouvé, comme l'a avancé M. Fournier, qu'elle soit propre à la période secondaire; on la rencontre en même temps que des accidents tertiaires. Il n'y a qu'une chose qui soit bien établie, c'est que l'épididyme peut être atteint primitivement par la syphilis.

11. M. VARIOT fait une communication sur un cas de *leucocythémie splénique*.

Séance du 20 juillet 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

12. Ramollissement cérébral avec aphasie et contracture;
par M. GARCIA LAVIN, interne des hôpitaux.

Briotay Alexandre, âgé de 56 ans, tailleur, entré le 14 mai 1880, salle Trousseau, n° 15, service de M. DAMASCHINO.

Cet homme, dont les parents morts âgés n'ont jamais eu d'accidents paralytiques, ne présente lui-même aucun antécédent morbide; il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales et n'aurait jamais fait d'excès alcooliques.

Du mois de janvier au mois d'août 1880, il fut sujet à des étourdissements fréquents pendant qu'il marchait, mais n'a jamais fait de chute; il était seulement obligé de s'arrêter et de prendre un point d'appui sur le mur.

Le 16 août, dans la journée, il ressentit un malaise général et une céphalalgie intense. Le soir, il tomba tout à coup sans connaissance; quand on le releva, on s'aperçut qu'il était paralysé de tout le côté droit, face et membres. Le

médecin, qui le vit à ce moment, aurait constaté une anesthésie du côté droit (?) Deux ou trois jours après l'ictus, il reprit connaissance; mais, la parole est depuis lors restée impossible et l'intelligence très altérée.

Dans les premiers jours de *septembre*, commencèrent à se produire des accès épileptiformes, qui, à cette époque, revenaient 10 ou 15 fois par mois. Au mois de décembre 1880; les membres inférieur et supérieur ont commencé à prendre la situation qu'ils ont actuellement. Le bras droit est appliqué contre le thorax, l'avant-bras fléchi sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras et en supination.

L'éminence hypothenar est très fortement appliquée sur la paroi thoracique et présente une ulcération arrondie, assez profonde, et suppurante au point de contact des deux surfaces. La contracture ne peut être vaincue que par des efforts considérables.

Tout le membre supérieur droit est atrophié. Les essais d'extension font saillir le biceps sous la forme d'une corde rigide, et font contracter la figure du malade, qui pousse quelques gémissements. La jambe droite est fléchie presque à angle droit sur la cuisse, qui, elle-même, repose sur sa face externe. Les réflexes tendineux sont exagérés du côté paralysé. La sensibilité cutanée est intacte. Le facial inférieur est paralysé du côté droit. Le malade ne prononçait aucune parole. L'aphasie a persisté jusqu'à la fin de la maladie, sans aucune modification. Il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales.

L'état général est bon, le malade mange et engraisse. Les accès épileptiformes se sont reproduits aux dates suivantes : 19 août, 8 septembre, 17 septembre, 4 octobre, 12 décembre 1880, 7 février, 27 février, 15 mai 1881; mais, ces accès ne s'étant jamais produits pendant la visite, n'ont été observés que par l'infirmier. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur. Artères radiales un peu athéromateuses.

Le 16 *juillet*, le malade est pris de congestion pulmonaire qui cause la mort, arrivée le 21 du même mois.

AUTOPSIE. — *Cavité crânienne.* Pas de lésions des méninges. Les circonvolutions de la face externe du cerveau sont intactes extérieurement. La circonvolution de Broca présente une légère dépression à l'extérieur. A la coupe, on constate une cavité remplie de détritux de matière cérébrale ramollie et de coloration blanc-jaunâtre. Cette cavité, de la grandeur de deux centimètres de diamètre, est située dans la substance blanche, au niveau de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche ;

toute cette substance est d'une mollesse extrême. La substance grise est normale partout.

Dans la capsule externe, on trouve les traces d'une ancienne hémorrhagie, absolument distincte du foyer de ramollissement. Les artères restent béantes à la coupe, elles sont très athéromateuses, surtout celles de la base.

Au *microscope*, la substance ramollie est constituée par un grand nombre de corps granuleux au milieu desquels se trouvent des éléments nerveux dissociés, tubes et cellules.

Poumons. Les lobes pulmonaires présentent des noyaux apoplectiques et de la congestion intense dans les deux poumons, surtout dans les lobes inférieurs. *Cœur normal.* *Foie et rate normaux.* Rien dans les autres organes.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante par le siège de la lésion qui occupe seulement la substance blanche, ne donnant à l'extérieur à peine de signes de sa présence. Ici, comme dans la plupart de cas de ramollissement, l'aphasie n'a eu la moindre modification jusqu'à la fin de la maladie.

M. BRISSAUD fait remarquer que c'est presque la règle de voir une aphasie passagère coïncidant avec l'hémiplégie droite pendant les quelques jours qui suivent l'hémorrhagie.

M. JOFFROY dit qu'on a exagéré la règle de coïncidence de l'aphasie avec le ramollissement; il n'est pas très exceptionnel de la trouver avec l'hémorrhagie.

13. Gommès suppurées du testicule; par M. RECLUS, chirurgien des hôpitaux.

La gomme suppurée est une des terminaisons de la scléro-gomme, seule forme de la syphilis du testicule; si la scléro-gomme est traitée, on peut en obtenir la résolution; si elle ne l'est pas, il peut arriver qu'elle se termine par atrophie. Cette lésion peut être partielle ou totale; quand l'atrophie n'a porté que sur un point très limité, le testicule peut conserver à peu près son volume normal.

Au début, la gomme du testicule s'accompagne fréquemment de douleurs irradiées le long du cordon, jusqu'aux lombes; et ce n'est que cette douleur qui appelle l'attention des malades. Puis, le testicule commence à adhérer aux enveloppes, presque toujours à la partie antérieure. Les tégu-

ments s'épaississent, rougissent, il y a alors de la douleur. Elle fait une infiltration gommeuse du scrotum qui forme une espèce de plaque et qui se réunit avec l'induration profonde pour former une espèce de gorge de poulie. La partie rétrécie qui réunit la plaque profonde et superficielle peut se rompre après ramollissement, et il reste deux plateaux séparés. Il y a donc, dans l'évolution de la gomme, une première phase constituée par la saillie de l'albuginée, l'adhérence aux enveloppes, puis, l'épaississement de ces enveloppes. A cette première phase, en succède une seconde, caractérisée par des douleurs aiguës et des symptômes inflammatoires locaux, une perte de substance qui laisse écouler du pus en quantité variable. Cette perte de substance offre des bords décollés, taillés à pic, violacés, elle est remplie d'une matière blanchâtre analogue au bourbillon de l'anthrax. L'expulsion de cette espèce de bourbillon dure deux ou trois mois. Le décollement peut persister des mois avec suintement de sérosité peu abondante. M. Reclus cite un pilote d'Ithaque qui portait une gomme suppurée dans cet état depuis plus de deux ans, et qui guérit en quelques jours ; sous l'influence de l'administration de 3 à 4 gr. d'iodure de potassium, la cicatrisation se faisait pour ainsi dire sous les yeux de l'observateur. Quand la gomme est complètement expulsée, il peut quelquefois rester une fistule gommeuse. En somme, la scléro-gomme du testicule peut se terminer par résolution, par atrophie, par suppuration, pouvant laisser tantôt une fistule, tantôt un fongus.

M. BRISAUD dit que la sclérose syphilitique pure du testicule est rare, mais qu'elle existe; elle peut passer inaperçue. Elle précède le développement des gommès qui s'accompagnent plus généralement de réaction, et on voit plus tard s'éliminer de petites masses de filaments qui ressemblent à des petites tignasses. M. Brissaud cite, à l'appui de la disparition rapide des gommès sous l'influence du traitement, un cas du service de M. Fournier où une gomme de la face interne du tibia, du volume d'un œuf, rouge, ramollie, disparût complètement en deux jours sous l'influence de hautes doses d'iodure de potassium. Du reste, M. Fournier n'ouvre jamais les gommès.

M. RECLUS pense que la scléro-gomme est la forme de beaucoup la plus fréquente de la syphilis du testicule; lorsque l'élément gommeux est peu développé, la lésion

guérit. Dans les cas de sclérose décrits par M. Hutinel, il y avait presque toujours des gommes miliaires. — La gomme se développe à froid et il n'y a de réaction qu'au moment des poussées aiguës. On voit des testicules scléro-gommeux, à une période très avancée, en forme de pomme de terre, qui ne provoquent aucune douleur. Tout à coup, il y a des accès douloureux, qui se répètent à des intervalles variables. On croit que la suppuration va se faire, mais elle n'arrive qu'au bout de plusieurs années. Il n'est pas rare de voir des malades qui n'ont eu connaissance de leur maladie que par le volume du testicule.

M. Reclus insiste sur ce fait que le traitement ioduré énergique peut rester sans effet sur les gommes du testicule. Les tissus s'assouplissent à la périphérie, mais, la gomme persiste quelquefois sans aucune modification, fait saillie, finit par s'énuccléer pour ainsi dire et il faut l'ouvrir.

14. Note sur un monstre du genre Janiceps; par M. MAYOR.
Présentée à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Les monstres doubles du genre janiceps présentent, comme on le sait, une soudure des parties supérieures jusqu'à l'ombilic. On peut se représenter l'aspect qu'ils offrent en supposant deux fœtus placés l'un vis-à-vis de l'autre, face à face, et qu'on aurait fendus verticalement sur la ligne médiane, de l'extrémité céphalique à l'ombilic. Si alors, après avoir ouvert ces corps, comme on le ferait des feuillets d'un livre, le dos restant en place, on rapproche les deux enfants et si on les accole, on obtiendra un janiceps schématique. On comprend dès lors que l'on aura deux colonnes vertébrales et deux occiputs placés vis-à-vis les uns des autres, et, qu'aux extrémités d'un axe perpendiculaire à celui qui unit ces parties, on rencontrera deux faces, deux sternum, deux parois thoraciques. Celles-ci seraient donc latérales par rapport aux monstres composants. Au-dessous de l'ombilic, on aura deux fœtus libres et normaux.

Ce genre de monstres appartient à la famille des monstres sycéphalins. Il est le premier d'une série dont la raison est la diminution graduelle d'une des faces composées, et dont les termes sont les genres souvent parfaits, jamais imparfaits, inope et synote.

Bien décrits par Is. Geoffroy-St-Hilaire, au moins dans leurs caractères principaux, ces monstres sont assez rares (1) pour que, jusqu'à présent, certains détails de leur organisation aient échappé. MM. Dareste (2), Panum (3), constatent que l'étude des gros vaisseaux, de l'encéphale et même de certains viscères est encore incomplète. Aussi, ayant eu l'occasion d'examiner en détail un monstre de ce genre que j'ai recueilli dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Siredey, je crois devoir en donner ici la description, d'autant que les mémoires de notre Société possèdent déjà la relation de l'examen anatomique d'un janiceps, communiquée par notre ami le Dr Golay (4).

OBSERVATION. — Le 2 mars 1879, naît, à 11 h. 1/2 du matin, dans le service de M. SIREDEY, un monstre janiceps. La mère, entrée dans la nuit, est une grande femme, bien portante, à bassin bien conformé. Elle donne des renseignements d'après lesquels on arrive à penser qu'elle est probablement enceinte de huit mois. Depuis la veille, elle éprouve des douleurs. On la trouve un matin en plein travail, le col presque complètement dilaté, la poche des eaux rompue. Le palper est rendu impossible par la fréquence des contractions utérines, qui se suivent presque sans intervalle. On entend le cœur dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, pratiqué avec beaucoup de soin et à plusieurs reprises, on éprouve des sensations bizarres. Il semble que le sommet présente à son centre une bosse sanguine assez molle, qui ne permet pas au doigt d'arriver jusque sur la paroi crânienne. Répondant à l'éminence iléo-pectinée gauche, on trouve une suture assez large, dirigée suivant le sens du diamètre oblique gauche, et venant se perdre sous la bosse sanguine. Une autre suture, plus étroite, se sent un peu plus près de la symphyse pubienne,

(1) Je n'en ai rencontré aucun cas cité dans les *Constat's Jahresberichte* depuis 1865. Dans les revues et journaux français, j'ai rencontré les descriptions de trois monstres sycéphaliens communiquées à la Société de biologie, en 1857 (*Mém. Soc. Biol.*, t. IV, 2^e séance, p. 297.)

(2) Dareste. — *Recherches sur la production artificielle des monstruosités*. Paris, 1877.

(3) Panum. — *Beiträge sur kenntniss der physiologischen Bedeutung der angehorenen missbildunden*. In *Arch. für path. Anat. und phys.*, t. LXXII, p. 69-166-289.

(4) Golay. — *Bulletins de la Soc. anat.*, 1876. 3^e fascicule.

et semble tendre à rejoindre la première sous la bosse sanguine. L'os triangulaire que ces deux sutures limitent est facilement perceptible par le doigt. En restant au côté droit de la femme, on ne perçoit guère autre chose. Mais, en se portant à sa gauche et touchant dans cette nouvelle position, on sent, vers l'épine sciatique droite, une suture assez large, semblable à celle qui répond à l'éminence iléo-pectinée gauche. Sur cette suture semblent en arriver deux autres, obliquement dirigées sur elle, et qui se perdent sous la bosse sanguine. En outre, il semble que l'on ait, vers le pubis, la sensation d'une nouvelle suture impossible à comprendre.

Le diagnostic porté est : position occipito-iliaque gauche antérieure probable, avec anomalies crâniennes évidentes.

A onze heures et demie, l'enfant est expulsé. D'après la relation de notre ami Lemonnier, externe du service, qui assistait à l'accouchement, il se serait fait ainsi : Au moment où s'est opéré le dégagement de la tête, une des faces, que nous verrons être plus volumineuse que l'autre, regardait en avant et à gauche de la femme. L'autre, moins développée, en arrière et à droite. Du reste, l'expulsion du fœtus ne présente rien de difficile. Quant à cette position bizarre de l'extrémité céphalique, la clef nous en fut donnée plus tard, quand nous examinâmes la cavité crânienne.

Peut-être y a-t-il eu quelques mouvements respiratoires? A midi, l'un des deux cœurs battait encore faiblement et lentement. Bientôt, il s'arrêta. Le placenta, très volumineux, était unique, sans trace apparente de division. Le cordon était inséré au centre. Il ne paraissait y avoir du côté des annexes aucune anomalie. L'amnios était unique. Mais, en faisant une coupe transversale du cordon, nous pûmes constater, qu'à sa base, il ne contenait que deux vaisseaux : une veine ombilicale et une artère ombilicale. Ce fait nous fut expliqué plus tard.

Dire que ce monstre appartenait au genre janiceps, c'est le caractériser suffisamment. Cependant, il offrait déjà à l'inspection certaines particularités intéressantes. Comme chez tous les monstres de ce genre, les deux enfants étaient du même sexe, ainsi que l'a prouvé un examen anatomique plus approfondi; mais les organes génitaux n'étaient pas très bien conformés. Chez l'un des fœtus, on trouvait les organes génitaux externes d'un enfant du sexe féminin. L'orifice vaginal était bien conformé, perméable, posédant un petit hymen; les petites lèvres se réunissaient en avant en formant un capuchon très développé; le clitoris

n'était pas visible. En outre, l'anus était situé immédiatement en arrière de la fourchette ; il n'était pas séparé de la vulve par un pont cutané, mais semblait s'ouvrir à la partie postérieure d'une sorte de sillon muqueux continuant la vulve. L'orifice anal était fort petit ; il n'était entouré d'aucun pli.

L'autre fœtus ne possède, comme organes génitaux externes, qu'un petit tubercule cutané de forme conique, de la hauteur de 1 mm. $1/2$, imperforé et situé en un point correspondant au capuchon du clitoris. Le périnée n'offre aucun orifice, aucun sillon qui soit tapissé d'une muqueuse.

Les membres n'offrent rien de spécial, mais l'extrémité céphalique n'offre pas le même aspect d'un côté à l'autre. L'une des deux faces qu'elle porte est normalement développée ; nous la désignerons par la lettre A. L'autre, au contraire, est moins étendue et offre, comme principale anomalie, une imperforation du nez. Cette éminence existe, un peu aplatie ; mais, au lieu d'offrir deux narines, elle ne présente rien à sa face inférieure, qu'une petite dépression dans laquelle on logerait à peine une tête d'épingle. De plus, la bouche, déjà peu étendue de l'autre côté, l'est encore moins de celui-ci. Enfin, le menton est moins élevé. Nous verrons que ces anomalies extérieures correspondent à des malformations importantes des os du crâne et de la face.

La face la plus développée correspond au côté gauche de l'enfant dont les organes génitaux externes étaient le mieux développés. La face anormale correspond, au contraire, au côté droit de cet enfant. Nous verrons du reste, par la suite, que, chose intéressante, les parties qui, dans la théorie actuellement admise pour expliquer la disposition de ce genre de monstres, appartiennent à l'enfant dont le sexe est apparent, sont plus développées à gauche ; tandis que celles de l'autre le sont plus du côté droit. En sorte que, se réunissant ensemble, elles forment, d'une part, des organes communs bien développés, d'autre part, des organes de même nom, un peu moins bien développés.

Pour rendre la suite de la description sommaire de notre monstre plus claire, il nous semble nécessaire de désigner le fœtus à organes génitaux externes développés par la lettre F et l'autre par la lettre E ; tandis que, pour ne rien préjuger de leur mode de constitution, nous désignerons la face imparfaite par B, et la plus parfaite par A. L'extrémité céphalique de notre monstre se trouve donc constituée par deux faces, regardant en sens diamétralement opposé. A droite et à gauche de ces deux faces, se trouve un occiput, suivi, en quelque sorte, d'une colonne

vertébrale. De la colonne vertébrale, de chaque côté, partent des axes costaux qui, s'unissant à ceux du côté opposé par l'intermédiaire d'un sternum, constituent deux parois pectorales, situées directement au-dessous des faces.

Au-dessus de l'ombilic, les fœtus deviennent distincts. Examinons rapidement comment sont disposés les principaux organes de ce monstre. Nous n'avons rien à dire actuellement du crâne et du cerveau, qui méritent une description détaillée. Mentionnons cependant ce fait que l'espèce d'hémisphère cérébral constitué par la rencontre des deux hémisphères, opposés des deux enfants, est plus volumineux du côté qui surmonte la face A, que de celui qui surmonte la face B. Du reste, les nerfs olfactifs sont absents de ce dernier côté, tandis qu'ils existent de l'autre. Ceci est en rapport avec l'absence de fosses nasales et de narines sur la face B. La base du crâne est, en somme, constituée comme suit : De chaque côté, surmontant chaque colonne vertébrale, on trouve un occiput, suivi de la gouttière basilaire. La partie postérieure de la selle turcique, avec les apophyses clinoides, la terminent. Mais, à suivre cette direction, les deux crânes se rencontreraient : aussi, le bord antérieur de la selle, avec les apophyses clinoides, fait-il angle droit sur le bord postérieur, au lieu de lui être parallèle. Ce bord est continué en avant par les gouttières optiques et les bosses frontales qui appartiennent à chacune des faces. Les parties postérieures des crânes appartiennent aux colonnes vertébrales dont elles sont la continuation ; les parties antérieures appartiennent aux deux faces et font par conséquent angle droit avec les précédentes. Au point de jonction, se trouve un vaste espace, sorte de réunion des selles turciques, dont le fond est formé par une membrane au lieu d'être osseux, et qui reçoit un prolongement du cerveau à parois fort minces, résultant probablement de la fusion des deux infundibula.

De cette disposition de la base du crâne et du fait que la partie qui surmonte la face B est moins développée que celle qui surmonte la face A, résulte que la région offre presque une forme ovale, et qu'on peut y décrire quatre diamètres. Deux se croisent à angle droit : c'est le diamètre qui unit les deux occipitaux et celui qui unit les deux frontaux. Le diamètre bioccipital offre 11 centimètres d'étendue, le bifrontal en a 9. Le premier de ces diamètres aurait dû, semble-t-il, se présenter au détroit inférieur, suivant le diamètre coccy-pubien ; mais, en examinant les diamètres obliques du crâne, nous voyons qu'ils sont marqués par une ligne qui suivrait exactement la di-

rection des rochers, lesquels convergent tous quatre vers les parois fixes et rigides de la fosse centrale. Or, si l'un de ces diamètres obliques présente 10 centimètres seulement, l'autre en a 11. Il résulte de ce fait que, comme par la disposition même des os de la base, le diamètre oblique est irréductible (1), c'est le premier de ces diamètres qui, suivant les lois de l'accommodation, se présentera au diamètre coccy-pubien. Il en résulte que, nécessairement, les faces, au lieu de regarder chacune une cuisse de la mère, comme on pouvait le penser au premier abord, répondront aux deux extrémités d'un des diamètres obliques du bassin. C'est ce qui est arrivé.

Si, maintenant, prenant chaque face, nous étudions la cavité buccale et les organes qui lui font suite, nous trouvons du côté de A, comme du côté de B, une bouche normalement conformée, une langue, un isthme du gosier avec son voile du palais; puis un larynx. En arrière du larynx, les deux cavités pharyngiennes se réunissent en une sorte de vaste vestibule dans lequel s'ouvrent les deux larynx, et dont le plafond est formé par la membrane qui obture la selle turcique. La partie inférieure de ce vestibule se continue avec une troisième portion du pharynx et un œsophage unique. Cette dernière partie du tube digestif traverse le diaphragme, pour pénétrer dans la cavité abdominale, où elle arrive dans l'estomac. De chaque côté de celui-ci, répondant au côté droit de chacune des colonnes vertébrales, se trouve un foie. L'un, plus volumineux, reçoit l'unique veine ombilicale; l'autre, moins gros, ne reçoit qu'une petite veine, veine des parois abdominales. Au-dessus de chaque foie, se rencontre le demi diaphragme qui doit le recouvrir. Mais, à gauche des colonnes vertébrales, le diaphragme manque, et la cavité pleurale communique largement avec la cavité péritonéale. Le poumon qui répond à gauche de la colonne vertébrale se trouve donc, pour ainsi dire, suspendu dans un diverticule de la cavité abdominale. De même, les deux cœurs sont suspendus par leurs péricardes, au-dessus de cette cavité. En effet, il existe deux cœurs et quatre poumons. Si nous suivons chacune des trachées, nous les voyons se diviser en deux branches principales, à chacune desquelles est appendu un poumon. Ainsi, la trachée qui fait suite en quelque sorte à la cavité buccale de la face A, se termine dans deux poumons, entre lesquels se trouve situé un cœur. Le poumon qui se trouve à droite par rapport à la face A est situé au-dessus du foie

(1) Nous nous en sommes assurés du reste expérimentalement.

D et en est séparé par le diaphragme. La plèvre communique largement avec le péricarde. Le poumon situé à gauche par rapport à A, se trouve situé au-dessus de la cavité abdominale, sans intermédiaire de diaphragme. La cavité pleurale, parfaitement indépendante du péricarde, n'est en quelque sorte qu'une espèce de diverticule supérieur du péritoine, tellement l'orifice de communication entre les deux séreuses est large. Quant au péricarde lui-même, entourant le cœur, il suspend en quelque sorte cet organe au-dessus de la cavité péritonéale, dont le diaphragme ne vient point le séparer. Le phrénique passe comme une corde, soutenant le cœur, pour se jeter dans le muscle.

Que nous prenions la face B, et que nous suivions le larynx et la trachée, qui lui appartiennent en quelque sorte, nous trouvons la même disposition. Deux poumons, plus petits de ce côté, entre lesquels se trouve un cœur, moins volumineux également; nous pouvons l'appeler cœur II, tandis que nous nommerons cœur I celui dont nous nous sommes d'abord occupé. — Comme de l'autre côté, le poumon qui répond à la droite de B a une cavité pleurale commune avec le péricarde. Il répond au foie B, au-dessus duquel il se trouve situé et dont le sépare le deuxième diaphragme. Enfin, le poumon gauche (par rapport à B), à sa cavité pleurale commune avec le péritoine. — Le cœur II, comme le cœur I, entouré de son péricarde, fait saillie dans la cavité péritonéale et se trouve croisé par un phrénique. Nous laissons actuellement de côté la distribution des gros vaisseaux, qui demande à être étudiée en détail, ce que nous ferons en reprenant l'étude complète de l'appareil circulatoire.

Enfin, pour donner en gros la disposition des organes abdominaux, disons que, à chaque extrémité du second diamètre oblique de la cavité péritonéale, se trouve une rate. L'estomac, situé, en quelque sorte, au centre d'un quadrilatère, limité par les deux foies et les deux rates, est continué par un duodénum et un jéjunum. Cette partie du tube digestif est unique et commune aux deux enfants. Elle est contenue entre les deux feuillettes d'une sorte de cloison péritonéale, qui semble, en gros, se porter d'une colonne vertébrale à l'autre. Elle se termine au niveau de l'ombilic, par une ampoule, dans laquelle s'est accumulé beaucoup de bile. En ce point, la cloison péritonéale se continue dans la partie sous-ombilicale de chaque enfant par une espèce de mésentère qui contient la partie terminale du tube digestif.

Chacun des fœtus, en effet, possède en propre une partie

inférieure de tube digestif. On voit, de chaque côté, dans la cloison, à une certaine distance de l'ampoule terminale, commencer, par un cul-de-sac, une sorte d'iléon qui, après quelques circonvolutions, se termine dans un cœcum. Les deux cœcums, munis d'appendices assez longs, se continuent chacun par un gros intestin, qui va plonger, de chaque côté, dans le petit bassin de l'enfant correspondant. Ils forment alors le rectum, dont la terminaison n'est point la même pour les deux êtres qui constituent le monstre.

Tel est l'aspect général de ce janiceps. L'étude spéciale de divers de ses appareils nous montrera quelques détails intéressants, que nous considérons le squelette, les centres nerveux, les appareils de la génération, de la digestion, de la respiration et surtout de la circulation.

Squelette. — Ici, comme pour les autres systèmes du reste, ce qui nous paraît important à étudier, ce sont les points par lesquels les fœtus sont en relation, ceux par lesquels leurs squelettes se sont rencontrés. Or, nous n'avons ainsi à examiner avec soin que le crâne et la cage thoracique. Nous verrons, ensuite, qu'il est encore cependant quelques points de détail qui peuvent avoir leur intérêt.

Nous ne reviendrons sur la description de la cage thoracique que pour faire remarquer que le thorax sous-jacent à la face B était moins développé que celui sous-jacent à la face A.

Pour ce qui est du crâne, la description est plus intéressante. La base du crâne est disposée de la façon suivante : Au-dessus de chacune des colonnes vertébrales, on voit un occipital parfaitement formé, présentant, en arrière, la portion écailleuse, qui s'articule avec les deux pariétaux. Sur les côtés, il s'unit avec le temporal, et présente en avant sa portion basilaire qui est continuée avec la gouttière du sphénoïde. Celle-ci se termine au niveau des apophyses clinoides postérieures, qui n'offrent rien de spécial ; mais, en avant d'elles, au lieu de trouver une selle turcique normale, on trouve une sorte de vaste fosse limitée du côté opposé par les apophyses clinoides postérieures de l'autre enfant. Le fond de cette fosse est constitué par une membrane qui forme la voûte du pharynx. Cette fosse est presque rectangulaire, et offre la forme d'un parallélogramme dont les côtés les plus larges sont formés par les lames sphénoïdales, et dont les côtés les plus étroits répondent aux faces du fœtus. Ces côtés sont constitués par la partie antérieure de la selle turcique normale, les apophyses clinoi-

des antérieures, unies de chaque côté aux petites ailes du sphénoïde par un ligament, et constituant le trou destiné à la carotide. Au-devant de ce bord, c'est-à-dire en nous rapprochant des faces du monstre, nous trouvons, de chaque côté, les trous optiques, plus éloignés, et plus développés au-dessus de A qu'au-dessus de B. Si nous nous rapprochons encore de ces faces, nous trouvons :

Du côté de A. 1° Un espace aplati qui représente la portion antérieure du sphénoïde. 2° Une suture transversale, formée de chaque côté par la réunion des frontaux et des sphénoïdes, et au milieu par la réunion de ce dernier os avec l'ethmoïde. En avant de cette suture se trouve, sur la ligne médiane, la lame criblée de l'ethmoïde, avec les fosses ethmoïdales où se trouvaient cachés les bulbes olfactifs. Sur l'apophyse crista-galli, qui sépare ces fosses, ne s'insérât aucun feuillet de la dure-mère. De chaque côté, se voient les bosses frontales, assez saillantes.

Du côté de B on ne trouve qu'un espace très restreint en avant de la suture sphéno-frontale. Les bosses frontales sont très saillantes, mais plus étroites que de l'autre côté. L'ethmoïde est à peine représenté. Il n'y a pas de lame criblée, pas de bulbes olfactifs. De ce côté, il n'y a du reste pas de fosses nasales. De chaque côté, par conséquent, la partie antérieure de la base du crâne est rejetée à angle droit sur la partie postérieure. Il en résulte que les bosses sphénoïdales sont un peu atrophiées ; cette atrophie semble porter surtout sur les portions écailleuses du temporal.

Pour les os de la voûte, il n'y a rien d'anormal, sauf que le pariétal est un peu diminué de volume, mais les portions écailleuses du frontal se présentent, disposées à angle droit par rapport à la situation qu'elles devraient occuper normalement ; c'est dire que leur surface fait suite, ici, à celle des pariétaux, au lieu de leur être presque perpendiculaire.

Les trous de sortie des nerfs crâniens n'ont rien d'anormal, sauf pour ce qui est des deux premières paires. On conçoit, d'après ce que nous venons de dire, quelle doit être la description de ces nerfs. Nous avons déjà dit que la mensuration des diamètres de ce crâne composé nous a donné :

Diam. bi-occipital.	11 centim.	
— bi-frontal.	9	—
— obliques.. . . .	{ 11	— pour l'un
	{ 10	— pour l'autre.

Ce dernier est celui qui s'étend de l'apophyse mastoïde gauche de E, à la gauche de F. Le premier, par conséquent,

s'étend de l'apophyse droite de l'un des fœtus à la même apophyse de l'autre, en sorte que nous pourrions leur donner le nom de diamètres bi-mastoidiens gauche et droit.

Les points de détail que nous voulions signaler sont les suivants : *Premier point*, les colonnes vertébrales présentent toutes deux certaines déviations ; dans leur région dorsale, elles offrent une courbure dont la convexité regarde vers la partie droite de l'enfant auquel elles appartiennent ; à l'union des régions dorsale et cervicale, elles forment une convexité vers le côté gauche. Les régions cervicales sont presque droites, ainsi que les régions lombaires. Il en résulte, qu'en rapprochant les colonnes épinières, leurs courbures s'emboîtent réciproquement, ce qui doit être une déformation résultant de ce fait que les fœtus, à une certaine période de leur développement, se sont trouvés pressés l'un contre l'autre. Peut-être cette déviation a-t-elle contribué à faciliter l'accouchement ?

Second point. La hauteur de la symphyse pubienne de l'enfant E, dont les organes génitaux étaient assez régulièrement conformés, est de 1 centimètre 1½ ; celle de F, au contraire, offre une hauteur de 3 centimètres.

Enfin, nous devons dire que, quoique les renseignements que nous a donnés la femme soient de nature à nous faire penser qu'elle avait atteint seulement le huitième mois de la grossesse, nous avons trouvé, en examinant le genou gauche du fœtus F, le point d'ossification du condyle déjà fort apparent.

Système musculaire. — Nous n'avons guère à citer, comme offrant une disposition spéciale, que les muscles abdominaux et le diaphragme. Il va sans dire, cependant, que l'insertion fixe de certains muscles thoraciques (les pectoraux par exemple), se trouve dans des rapports un peu différents de ceux qu'elle affecte habituellement avec l'insertion mobile, ce qui change un peu leur direction. Quant aux muscles abdominaux, la disposition des muscles droits nous donnera une idée très nette de ce qu'elle est. Prenons, par exemple, les muscles droits insérés au thorax sous-jacent à A : nous les voyons descendre verticalement, laissant entre eux une large ligne blanche, jusqu'à l'ombilic. De là, ils divergent pour aller s'insérer : le *droit*, au bord supérieur du pubis droit de l'enfant E ; le *gauche*, au bord supérieur du pubis gauche de l'enfant F ; de l'autre côté, même disposition. A la face antérieure du thorax sous-jacent à B, s'insèrent deux muscles droits, qui descendent jusqu'à l'ombilic, complétant ainsi la cavité abdominale

graduellement, afin d'atteindre, par sa tête, le duodénum unique situé au milieu de la cavité abdominale commune aux deux enfants. C'est sur la face qui représenterait la postérieure, que se trouve le canal cholédoque.

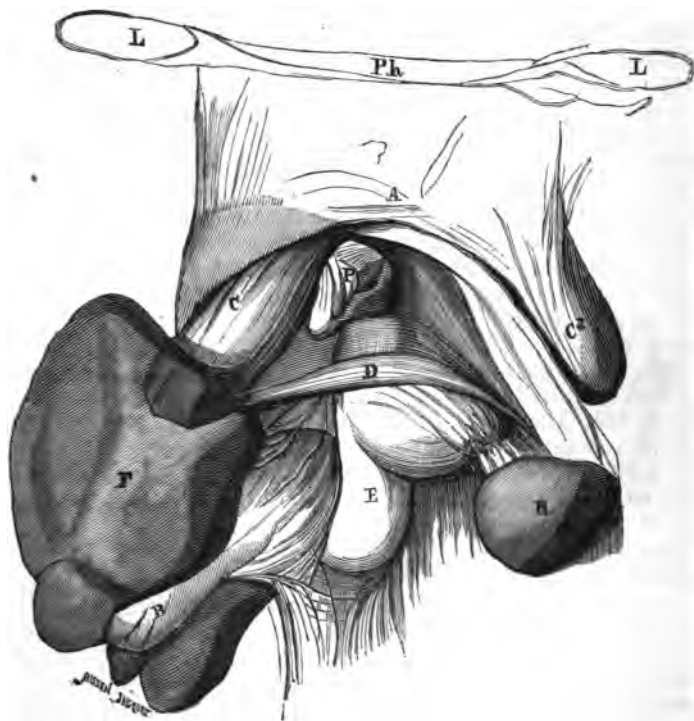


Fig. 1. — Base de la cavité thoracique. Partie supérieure de l'abdomen. On a fait subir à la masse des viscères une légère torsion, en rejetant d'une part l'aorte de F à droite et le gros foie à gauche de la figure, afin de bien montrer: E, estomac commun; — F, gros foie répondant à la droite de la colonne vertébrale E (foie L); — R, rate répondant à la gauche de la colonne vertébrale F; — D, Bandelette diaphragme (diaphragme incomplet); — C, gros cœur sous-jacent à la face A (cœur I. (Il est enveloppé de son péricarde); — P, poumon gauche plongeant dans la cavité péritonéale; — C², petit cœur sous-jacent à la face B (cœur II); — A, indication de l'aorte de F. Au-dessous, se voit la réflexion du péritoine sur ceux des organes thoraciques qui plongent dans sa cavité; — B, vésicule biliaire.

Au-dessous du point où il reçoit ces canaux glandulaires, l'intestin descend en décrivant des circonvolutions jusqu'à ce qu'il se termine en une vaste ampoule remplie d'une bile verte. Comme nous l'avons dit, de chaque côté

de cette ampoule, et à une certaine distance, commence, par un cul-de-sac fermé, une portion terminale d'intestin grêle, propre à chaque fœtus. La séparation semble avoir lieu environ au point de jonction du jéjunum avec l'iléon.

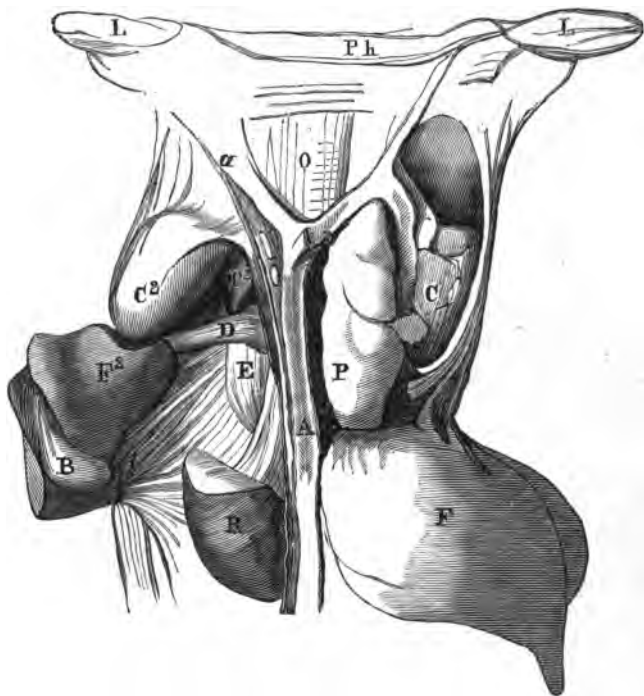


Fig. 2. — Base de la cavité thoracique. Partie supérieure de l'abdomen. La colonne vertébrale de l'enfant E est enlevée et laisse voir toute la masse viscérale qui se trouve au-devant d'elle. — A, aorte qui donne naissance à l'artère ombilicale. Elle est formée par un tronc venu de C, c'est-à-dire du cœur I et un autre venu de C², cœur II; — P, poumon droit dont la cavité pleurale (qu'on a ouverte ici) communiquait avec le péricarde P², poumon gauche du cœur II, plongeant dans la cavité péritonéale; — D, côté incomplet du diaphragme; — O, œsophage commun; — E, estomac commun; — R, rate répondant à la gauche de la colonne E; — F, foie volumineux répondant à la droite de cette colonne (foie L). Il est recouvert par le diaphragme; — F², petit foie, droite de F (foie B) et sa vésicule B.

L'iléon de l'enfant F est plus aminci que celui de E. Après quelques circonvolutions, chacun d'eux se jette dans un cœcum qui lui est propre, et qui est muni d'un long appendice. Grâce à une disposition du péritoine que nous étudierons plus tard, le gros intestin, au lieu d'être appli-

qué contre la région lombaire par deux de ses portions, est appendu au devant de la colonne, dans toute son étendue, par une sorte de méso à direction verticale. Nulle trace d'épiploon ne vient permettre d'établir une division des colons.

Chez l'enfant F, on voit le rectum plonger dans le petit bassin, derrière l'utérus, affectant des rapports normaux avec l'enceinte pelvienne et les organes qui y sont contenus; enfin, il s'ouvre à l'extérieur par un anus dont nous avons indiqué les caractères et la situation. Chez l'enfant E, au contraire, on voit l'intestin s'aboucher à la face antérieure d'une grosse masse à direction transversale, que nous verrons bientôt représenter le corps d'un utérus biloculaire.

Pour terminer la description des organes digestifs, nous avons quelques mots à dire du foie.

Nous avons suffisamment indiqué la situation des deux foies, il nous reste à faire remarquer que le foie L est trois fois aussi gros que le foie B. Le premier reçoit seul une veine ombilicale. Chez le second, au point où devrait aboutir cette veine, on voit pénétrer un vaisseau minuscule, venu probablement des environs de l'ombilic, et qui ne tarde pas à se ramifier à la façon d'une veine-porte. Du reste, la distribution intra-hépatique de la veine ombilicale de L est absolument analogue, pénétrant cet organe un peu au-dessus de son bord libre, elle s'y creuse un canal jusqu'à ce que, au niveau du hile, elle redevienne en partie superficielle. Mais, tandis qu'une partie de la veine s'abouche directement dans la veine-cave inférieure, une autre, considérable, se distribue dans le foie à la manière d'une veine-porte. De ce foie, naissent des veines sus-hépatiques, qui s'abouchent dans la veine-cave par plusieurs pertuis, situés au-dessus de l'orifice de la veine directe. Cette anomalie répond à une curieuse disposition de la veine-porte, qui, de ce côté, va s'ouvrir directement dans le cœur.

Quant aux voies biliaires, pleines d'une bile jaune véritable, elles offrent, de ce côté, une disposition normale, et s'ouvrent dans le duodénum par une véritable ampoule de Vater. Nous n'avons pu retrouver, de ce côté, l'orifice du canal pancréatique.

Du côté du foie B, dans lequel se distribue une véritable veine porte (plus la petite veine du ligament falciforme), partent des voies biliaires, normalement conformées, qui viennent s'aboucher dans le duodénum, vis-à-vis de l'ampoule du foie 2, et qui présentent, à leur orifice, la même disposition. Mais, en outre, à $\frac{1}{2}$ centimètre au-dessus de cette

éminence, se trouve une ampoule, moitié plus petite. En y cherchant un orifice, on y fait pénétrer un crin qui se dirige vers le pancréas correspondant. Le canal ouvert ainsi est peut-être le représentant du canal accessoire. En tous cas, il a pris l'importance majeure.

La partie supérieure et commune de l'intestin contenait une bile verte. Les parties inférieures, spéciales, étaient pleines d'un liquide blanchâtre, semblable à de la bouillie, et résultant probablement de la chute des épithéliums.

Système circulatoire. — Le système est constitué par deux cœurs, à chacun desquels est annexé un système d'artères et de veines, qui n'est commun aux deux fœtus que par une très faible partie, mais qui présente quelques larges communications.

Chaque cœur, assez déformé, présente, cependant, au premier abord, la division, parfaitement nette, en oreillettes et ventricules. Pour ne rien préjuger de la division intérieure du cœur, nous nous bornerons à décrire les vaisseaux comme aboutissant à la cavité auriculaire, ou parlant de la cavité ventriculaire, sans les subdiviser préalablement en *cavités gauches* et *cavités droites* et en mentionnant seulement, par rapport à la face sus-jacente, le côté où s'insèrent sur le cœur les gros vaisseaux.

Cœur I. — Disposé au-dessous de la face A et au-dessus du foie L; donc il est presque ovalaire, et la petite extrémité se trouve tournée vers le haut, par son côté gauche; il est séparé de la cavité pleuro-péritonéale par le péricarde. Sur son côté droit, il est en rapport intime avec le poumon droit. Il a un bord, presque vertical, qui répond en avant et à gauche, et un autre plus large, presque une face, qui regarde à droite et en arrière. C'est sur cette face que s'insèrent, de bas en haut, a) les oreillettes; b) deux gros troncs artériels.

Les oreillettes, par leur face antérieure, continuent la face antéro-droite du cœur, par leur face postérieure, la face postéro-gauche de cet organe.

Dirigées presque verticalement, elles sont, toutefois, comme le bord sur lequel elles sont insérées, un peu obliques de gauche à droite et de haut en bas par rapport à la face A. L'auricule inférieure se porte sur la face postéro-gauche.

Ce cœur reçoit les troncs veineux suivants : 1° à la partie postérieure de l'oreillette inférieure, s'abouchent la veine cave supérieure et la veine cave inférieure qui vient de recevoir l'ombilicale. 2° Un peu au-dessus de ce point, tou-

jours sur le bord des oreillettes, aboutit un tronc veineux, qui n'est que la veine porte de l'enfant auquel appartient le gros foie. 3^e Enfin, à la face postérieure des oreillettes, à sa partie supérieure, aboutissent : à droite, du côté de l'auricule, deux veines pulmonaires droites, et, à leur gauche, un tronc commun venant du poumon gauche.

Au-dessus de cet auricule, sur la continuation de l'espace de bord où s'insèrent les oreillettes, partent deux troncs artériels. L'un, antérieur, décrit une courbe qui l'amène à la région dorsale de l'enfant F. Il en représente l'aorte, après qu'il a donné les artères de ceux des poumons qui entourent le cœur I, et un tronc anastomotique, qui se jette dans la carotide gauche. Ce tronc naît en quelque sorte du sommet d'un infundibulum. Le second tronc, né un peu au-dessus et en arrière du précédent, se porte à la région dorsale de l'enfant I, et s'anastomose avec un tronc venu du cœur II, après avoir donné, par sa crosse, les deux carotides qui se rendent à la face A.

Les cavités dont partent ces troncs offrent la disposition suivante. En ouvrant l'artère qui donne les pulmonaires, on arrive dans une sorte d'infundibulum ; puis, dans un ventricule dont la pointe, à en juger par la direction des muscles papillaires, serait en P ; près de cette pointe s'insèrent des muscles ayant une disposition semblable à ceux qui maintiennent les cordages de la tricuspide. Du reste, la valvule qu'ils maintiennent offre l'apparence de la tricuspide, et sépare la cavité ventriculaire de l'auriculaire.

En ouvrant l'autre tronc artériel, et faisant pénétrer un stylet dans le ventricule qui le porte, on trouve une cavité dirigée presque en sens inverse de la précédente. En l'ouvrant, on pénètre dans un ventricule, dont la direction anatomique réelle, indiquée par les muscles papillaires, est un peu différente de celle que semblerait lui assigner son grand axe et sa forme extérieure. En effet, la pointe est en P ; près d'elle, s'insèrent deux gros muscles papillaires principaux, qui maintiennent une véritable mitrale, laquelle borde l'orifice de communication de cette cavité avec la cavité auriculaire.

Si l'on ouvre cette dernière par sa surface antérieure, au point le plus supérieur, elle se présente comme une vaste chambre, avec un commencement de division représentée par un repli semi-lunaire, qui s'avance de la paroi postérieure assez loin vers l'antérieure. La partie supérieure de cette chambre auriculaire communique avec le ventricule que nous venons de décrire, par l'orifice que borde la mi-

trale. Il représente donc l'oreillette gauche, et reçoit les troncs pulmonaires avec la veine porte.

Immédiatement de l'autre côté de la cloison incomplète, c'est-à-dire dans la chambre inférieure, s'ouvrent les veines caves supérieure et inférieure, et l'auricule, dont la pointe regarde la gauche du cœur. Ce compartiment inférieur communique avec le ventricule, dont la valvule est analogue à une tricuspide. Quant à l'épaisseur des parois, elle est égale pour les deux ventricules ; égale et très faible pour les oreillettes. En outre, si les deux oreillettes communiquent, il en est de même pour les deux ventricules. Mais, la communication n'est pas aussi considérable ; elle a 2 à 3 millimètres de diamètre, et est située au-dessous de l'orifice aortique, à la base de l'infundibulum, derrière une des valves de la tricuspide et la valve interne de la mitrale. Ainsi, de ce côté, il existe une communication des cavités entre elles, deux par deux, mais pas de communication des quatre cavités par un seul orifice (1).

Cœur II.—Moins volumineux que le premier, il offre une forme peut-être un peu plus régulière. Il est triangulaire : la pointe du triangle est tournée en avant et à gauche par rapport à la face B. Une des faces regarde à droite et un peu en avant, l'autre à gauche et un peu en arrière. La base est dirigée en arrière. Elle regarde un peu à droite, et, au lieu d'être horizontale, elle est presque verticale. Nous avons affaire, comme forme, à un cœur normal, sauf ce fait que la pointe est beaucoup plus élevée que de coutume, et que les faces sont plutôt latérales qu'antérieure et postérieure. En sorte que, c'est au-dessus d'un bord mousse que partent, de la base, les gros troncs artériels. Ils sont entourés, en arrière, par des oreillettes presque normalement disposées. Dans l'une, qu'on pourrait appeler inférieure ou droite, s'abouchent : 1^o la veine cave supérieure de la face B ; 2^o aussitôt au-dessous, la veine cave inférieure de l'enfant F qui vient de recevoir la sus-hépatique du petit foie ; 3^o une sorte de petite veine azygos que nous étudierons plus tard.

Dans la partie supérieure et gauche des oreillettes, viennent s'aboucher deux veines pulmonaires droites, et un tronc commun aux pulmonaires gauches. Enfin, à la partie supérieure du bord mousse dont nous avons parlé, naissent deux troncs artériels : l'un, moins volumineux, naît au sommet d'une sorte d'infundibulum et donne naissance

(1) L'artère carotidienne n'avait que deux valvules. Au-dessus de chacune d'elles, s'ouvrait une artère coronaire.

aux deux carotides; l'autre, né un peu en avant, mais au-dessous, contourne la première à la manière de l'artère pulmonaire contournant l'aorte, donne les deux pulmonaires, puis décrit un arc qui l'amène à la région dorsale de E. Dans ce trajet, il donne une branche anastomotique à la carotide gauche, et se termine en s'anastomosant à plein canal, avec la branche carotidienne du cœur I.

En ouvrant ce cœur, nous le trouvons constitué ainsi :

Les deux cavités auriculaires communiquent si largement qu'il y a à peine un pilier marquant la séparation entre la portion pulmonaire et celle qui reçoit les veines de la circulation générale. En pénétrant de cette dernière portion dans le ventricule, on trouve un orifice, bordé par une valvule, tout à fait analogue à une tricuspide, et on entre dans une vaste cavité ventriculaire, un peu antérieure à l'autre ventricule. De la partie droite de cette cavité, immédiatement à gauche de la valvule, part l'artère carotidienne, munie de deux valvules, au-dessus de chacune desquelles naît une coronaire. Au contraire, à gauche, au sommet d'une sorte d'infundibulum, naît le tronc pulmonaire, avec ses trois valvules. Séparant ces deux troncs artériels, s'avance une sorte d'éperon, qui fait, du même coup, que l'artère carotidienne naît un peu en avant du tronc pulmonaire.

En pénétrant par la partie gauche des oreillettes, on traverse un orifice à peine séparé du tricuspide par un pont musculaire, et bordé d'une valvule absolument conformationnée comme une mitrale. On entre ainsi dans une cavité ventriculaire, où ne semble s'ouvrir aucune artère. Mais, si on fait pénétrer un stylet en avant de la grande valvule, au point où devrait s'ouvrir l'autre, on le voit pénétrer directement dans l'artère carotidienne, après avoir décrit un très léger trajet dans la grande cavité ventriculaire. L'orifice de communication par lequel passe l'instrument s'ouvre sous l'éperon, et pourrait amener ainsi dans le tronc pulmonaire. Mais, sa direction est telle que le stylet entre toujours du premier coup dans le tronc carotidien, tandis qu'il faut un certain soin pour l'amener dans l'autre.

Il y a donc ici large communication des oreillettes et communication très large des deux ventricules, qui ne sont plus guère distincts que par leurs pointes. La cloison manque à la partie supérieure, sur une étendue considérable, ce qui explique la disposition que nous venons de voir. *Ainsi constitués, les cœurs envoient des artères vers la périphérie et en reçoivent des veines.*

Nous allons avoir à décrire successivement le système

vasculaire dépendant de chaque cœur, et les anastomoses importantes qui rendent ces systèmes solidaires sur certains points. Cependant, le système des quatre carotides est si important, que nous devons nous en occuper tout d'abord, laissant de côté temporairement le plan que nous avons indiqué.

Du cœur I, partent deux artères : l'un de ces troncs, celui qui va contribuer à constituer l'aorte descendante de l'enfant E, donne, au sommet de sa crosse, les deux artères carotides, qui monteront le long du cou que surmonte la face A. L'artère carotide gauche vient d'abord, et reçoit un tronc anastomotique de la seconde artère née du cœur I. L'artère carotide droite naît ensuite, et, aussitôt après sa naissance, le pneumogastrique croise la crosse aortique, et l'embrasse par son anse récurrente. Le pneumogastrique de l'autre côté croise le tronc aortique de l'enfant F, aussitôt après qu'il a donné le tronc anastomotique avec la carotide gauche, et avant qu'il ne donne naissance aux sous-clavières, dont l'origine est reportée au point de convergence. Les deux carotides montent de chaque côté de la trachée de A, affectant avec les voies aériennes, avec les veines jugulaires et le corps thyroïde des rapports à peu près normaux. Le cordon cervical des sympathiques se trouve en arrière d'elles, puis elles se divisent chacune en *carotide externe* qui ne nous a paru rien présenter d'intéressant, et *carotide interne* qui pénètre dans le crâne. Arrivées à la base du cerveau, elles forment avec les carotides du côté opposé et les troncs basilaires, un cercle anastomotique que nous décrirons aussitôt après avoir parlé du mode de naissance et du trajet des carotides destinées à la face B. Celles-ci naissent d'un tronc spécial, issu, comme nous l'avons vu, du cœur II. Presqu'aussitôt après sa naissance, le tronc se bifurque. L'une de ses branches va former la carotide gauche de la face B, et reçoit, jusqu'à sa naissance, un tronc anastomotique venu du sommet de la crosse que décrit l'autre née du cœur II. Les rapports de ces troncs nous ont paru à peu près normaux, si ce n'est que la carotide droite croise la trachée et se trouve, dans la partie inférieure de son trajet, un peu en avant de sa situation habituelle. Comme de l'autre côté, la bifurcation en carotide externe et carotide interne se fait au lieu normal. Les *carotides externes* nous ont paru sans intérêt. Quant aux *carotides internes*, elles constituent à la base du cerveau une partie du cercle artériel dont nous parlions tout à l'heure.

Nous verrons, en décrivant le cerveau, qu'il est formé de la réunion de deux cerveaux se rencontrant par leur partie

antérieure, et accolés en ce point où ils offrent quelques anomalies.

La partie postérieure étant double et normale, il n'y a rien d'étonnant à ce que, de chaque côté, au niveau des bulbes, nous voyions deux vertébrales (dont la naissance et le trajet n'ont pu être exactement déterminés d'ailleurs) se réunir pour former un tronc basilaire qui, bifurqué lui-même au niveau du bord supérieur de la protubérance, donne naissance aux cérébelleuses supérieures, puis aux cérébrales postérieures. Celles-ci envoient en avant un tronc grêle qui se porte vers les carotides et qui représente la communicante postérieure. Ainsi, de chaque côté, au niveau de la partie postérieure du cerveau spécial à chaque enfant, partent deux communicantes postérieures. La droite du fœtus E va s'unir à la carotide droite de la face A; et la gauche à la carotide gauche de la face B. De même, la droite de l'enfant F va s'unir à la carotide droite de la face B, et la gauche à la carotide gauche de la face A. Le cercle serait interrompu si ces artères carotides ne communiquaient ensemble. Prenons, par exemple, les carotides de A. La droite donne un tronc qui s'avance vers la scissure sylvienne; ce tronc donne naissance d'abord à une petite artériole destinée à l'infundibulum, puis il se divise en une sylvienne et une communicante antérieure. Celle-ci s'unit à une branche semblable venue de la carotide gauche qui, soit dit en passant, se distribue exactement de même façon. Les deux communicantes réunies forment un tronc qui, cheminant dans la scissure qui sépare les parties antérieures des deux lobes, donne des ramuscules aux circonvolutions voisines de côté et d'autre.

Les branches des carotides de B sont moins nettes. Elles donnent d'abord de petites artérioles à l'infundibulum, puis s'avancent et se divisent en deux troncs. L'un se reporte fort en arrière pour atteindre un sillon que nous n'avons pu classer exactement; l'autre constitue, par sa réunion avec l'homologue du côté opposé, un tronc artériel qui pénètre dans la scissure, répondant à l'accolement des deux lobes. A mesure que ce tronc passe devant les scissures de Sylvius, de Rolando, il leur envoie des rameaux représentant, par conséquent, la sylvienne et ses branches. Mais, en outre, la carotide droite donne, avant sa réunion avec la gauche, un petit tronc destiné aux circonvolutions voisines de la scissure interlobaire. Du reste, de ce côté, la distribution est moins régulière que de l'autre. En arrière, la cérébrale postérieure ne suit pas exactement son sillon habituel, puis elle donne une branche qui se porte dans un sil-

lon très déformé. En avant, la sylvienne et les cérébrales antérieures ne sont plus représentées que par ce tronc résultant de l'anastomose des carotides et qui suit la scissure d'accolement des deux lobes.

En un mot, au niveau de la base du crâne, les artères des deux cœurs communiquent largement entre elles par l'intermédiaire d'un vaste cercle anastomotique, disposé autour de l'infundibulum et constitué par quatre branches communicantes postérieures, nées des basilaires, et qui s'avancent à la rencontre des troncs carotidiens, lesquels communiquent entre eux, deux à deux, par l'intermédiaire d'artères cérébrales antérieures, ou par anastomose directe. La distribution n'offre rien de bien spécial dans ses détails.

Reprenons actuellement le cœur I et suivons l'arc aortique, qui a donné les carotides. Nous voyons ce tronc arrivé à la région dorsale de l'enfant E, se réunir par convergence à un tronc de même volume, venu du cœur II, et qui a préalablement donné les pulmonaires de ce côté. Au niveau du point de convergence, naissent les sous-clavières qui aboutissent aux deux bras de E, puis, le tronc artériel ainsi formé descend le long de la colonne vertébrale de cet enfant, donnant une série de collatérales et se continuant par une branche que l'on peut considérer comme terminale, au point de vue du volume. Cette branche descend dans le petit bassin, sur le côté gauche des organes pelviens ; puis, après leur avoir donné quelques artéριοles, se relève pour atteindre l'ombilic et pénétrer dans le cordon où elle constitue, ainsi que le démontre la coupe, la seule artère ombilicale.

Le tronc, résultant d'arcs venus des deux cœurs, envoie donc au placenta tout le sang que cet organe reçoit. Mais, en chemin, il a donné plusieurs branches collatérales. D'abord, presque immédiatement au-dessous du diaphragme, il donne deux troncs importants : le tronc coeliaque et la mésentérique supérieure.

Tronc coeliaque. Il se porte en avant, contenu dans le repli péritonéal qui limite en bas l'hiatus de Winslow, sous-jacent, au foie D. Mais, bientôt, se dirigeant vers le haut, il émet, au-dessus du bord supérieur du pancréas, une artère splénique, un peu plus petite que le tronc. Cette artère se recourbe vers le bas, atteint la glande pancréatique, en longe la queue jusqu'à ce qu'elle atteigne le hile de celle des rates, qui siège à gauche de la colonne E. Arrivée là, elle donne : 1° une petite branche à la queue du pancréas ; 2° les vaisseaux courts, qui, contenus dans l'épiploon gas-

tro-splénique, le portent au cul-de-sac voisin de l'estomac; puis, elle se distribue à la rate.

Le tronc coellaque a fourni, avant le splénique, une petite branche artérielle qui se porte vers l'estomac, le long de bas en haut, contenue dans l'épiploon sous-splénique, et s'y distribue (gastro-épiploïque droite).

L'hépatique remonte vers le hile du foie, fournit une branche qui s'enfonce dans la tête du pancréas, puis une autre qui se porte vers l'estomac, contenue dans l'épiploon gastro-hépatique, et se distribue à sa courbure supérieure, représentant ainsi la coronaire stomacique. Enfin, elle se divise normalement au niveau du hile de la glande hépatique.

L'artère mésentérique supérieure se porte vers le bas, vers l'extrémité supérieure de la portion d'intestin qui appartient en propre à l'enfant E. Dans ce trajet, elle donne des collatérales : d'une part à l'intestin commun, d'autre part à l'intestin propre, et offre une distribution qui, sauf quelques points de détail, est absolument normale. La dernière des coliques s'anastomose avec une des branches terminales d'une artère mésentérique inférieure. Celle-ci, née de l'aorte au-dessus du point où elle donne les iliaques, se divise bientôt en une branche descendante, qui se dirige vers le rectum, et une ascendante qui s'anastomose avec celle des coliques de la mésentérique supérieure, qui descend le plus bas.

Les arcades anastomotiques sont moins nombreuses pour la portion spéciale de l'intestin grêle, que pour la commune. Il n'y en a qu'une seule rangée pour le gros intestin, sauf au niveau des angles de bifurcation.

Immédiatement au-dessous de la mésentérique supérieure, sont nées deux artérioles : l'une, destinée au rein gauche, donne une forte branche à la capsule surrénale ; l'autre est destinée à la capsule surrénale droite, et au tissu cellulaire adipeux sous-jacent.

Immédiatement au-dessous de la mésentérique inférieure naissent, en arrière, deux artères iliaques externes qui donnent les crurales.

Nous n'avons rien de bien différent à mentionner pour l'aorte qui longe la région dorsale de l'enfant F. Cette artère est née, comme nous le savons, du cœur I. Elle donne bientôt les sous-clavières; puis, au-dessous du diaphragme, des collatérales importantes.

1° D'abord, un tronc qui, bientôt, se divise en trois branches : l'une, l'hépatique, borde l'hiatus de Winslow, sous-jacent au petit foie B. Avant de se distribuer à cet organe,

elle donne une pancréatico-duodénale, puis, une artère qui se porte dans l'épiploon gastro-hépatique figure la *coronnaire stomachique*. Celle-ci s'anastomose en descendant avec une petite branche, née de l'hépatique un peu au-dessous d'elle. Au dessous encore, est née une artère, probablement gastro-épiploïque, qui se porte en arrière à la queue du pancréas, donne à cet organe, puis se rend à l'estomac en le longeant de bas en haut, le long du bord auquel s'attache l'épiploon gastro-splénique.

2° L'artère *splénique*, seconde branche du tronc commun, ne présente rien d'anormal.

3° La troisième branche, *mésentérique supérieure*, donne d'abord une petite branche ascendante, très grêle, destinée à la vésicule biliaire; puis, elle offre le même mode de distribution et de terminaison que son homologue du côté opposé. Il n'y a qu'une légère anomalie quant au nombre des coliques (deux, naissant par un tronc commun). La *mésentérique inférieure* est semblable à celle de l'enfant E.

Enfin, l'aorte, au-dessus de la mésentérique supérieure, donne deux petites artères rénales, puis, au-dessous de la mésentérique inférieure, elle se divise en iliaques. Il n'y a pas, de ce côté, la moindre artère ombilicale.

Pour ce qui est du *système veineux*, nous décrirons d'abord les veines caves supérieures et leurs affluents, puis les veines-caves inférieures avec les leurs.

Sur les parties antérieures du cou qui supporte la face A, en avant des carotides, de chaque côté de la trachée et du corps thyroïde, descendent deux veines volumineuses qui, arrivées au-dessous du corps thyroïde, se comportent différemment. Celle de gauche reçoit la sous-clavière et un tronc veineux, qui se trouve être, comme nous le verrons, un tronc anastomotique entre le système veineux du cœur I et celui du cœur II. Ainsi constitué, le tronc brachio-céphalique gauche se porte transversalement et horizontalement à droite, situé dans ce trajet, sous le corps thyroïde; puis, il vient s'aboucher dans la jugulaire droite, immédiatement au-dessus du point où cette veine reçoit la sous-clavière. La veine cave supérieure, ainsi formée, se jette, comme nous l'avons vu, dans la cavité auriculaire du cœur I.

Le tronc veineux anastomotique qui aboutit au confluent de la sous-clavière avec la jugulaire gauche offre un trajet assez simple. En le sondant, on le voit se porter vers la colonne vertébrale de l'enfant F. Sur la gauche de cette colonne, au niveau de la région dorsale, il reçoit une petite

veine ascendante, qui a pris naissance vers la région lombaire, et qui reçoit quelques petites vésicules, évidemment venues de la paroi thoracique. C'est donc une azygos. Puis, au niveau du bord supérieur du foie, le tronc, devenu horizontal, passe au devant de l'aorte et, au côté droit de ce vaisseau, reçoit, perpendiculairement à sa direction, deux branches : l'une ascendante, offrant les mêmes caractères que celle qui s'abouche à gauche, et l'autre, descendante, plus petite, et dont les racines proviennent aussi de la paroi thoracique. C'est là, évidemment, un système d'azygos. De là, le tronc remonte vers le cœur II, dans la cavité auriculaire duquel il vient s'ouvrir entre les deux veines caves.

Le cœur II reçoit une veine cave supérieure ainsi composée : même disposition des deux jugulaires descendant de chaque côté du corps thyroïde, et recevant bientôt chacune une sous-clavière correspondante. Mais, en outre, de même que de l'autre côté, au confluent de la sous-clavière et de la jugulaire gauche, s'abouche un petit tronc qui, si on le suit, conduit à la gauche de la colonne vertébrale de l'enfant E. Là, on le voit prendre naissance à la région lombaire, et recevoir, de chaque côté, de petites veines latérales, plus volumineuses à droite. Il s'agit encore ici d'une azygos. Mais, celle-ci n'est pas une voie anastomotique entre les deux cœurs.

Le tronc brachio-céphalique gauche, ainsi constitué, offre la même direction et les mêmes rapports que du côté opposé, pour se jeter ici dans le tronc droit, et former, avec lui, la veine cave supérieure qui aboutit au cœur II.

Quant aux veines caves inférieures, elles offrent la disposition suivante : Celle qui aboutit au cœur I semble naître d'une façon normale ; parmi ses principaux affluents, nous remarquerons les rénales, presque d'égal volume ; et cependant l'origine de ces veines est bien différente. La gauche vient du rein kystique et reçoit une forte branche surrénale. La droite est constituée par une surrénale, à laquelle viennent se joindre : 1° de petites veines du tissu adipeux de la région ; 2° une veine qui vient des organes généraux internes et qui, presque aussi volumineuse que la surrénale, se réunit à elle après être montée parallèlement à la veine cave.

Plus haut, la veine cave pénètre dans la substance même du foie, où elle se creuse un canal complet, très rapproché du bord postérieur. Presque à la partie supérieure de ce trajet, elle reçoit le canal veineux et la veine sus-hépatique. Nous avons vu que, de ce côté, la veine porte présente une anomalie étrange. Les branches d'origine

sont normales. La grande mésaraïque (nous n'avons pu en retrouver de petite), répond par ses origines à la distribution de la mésentérique supérieure, partie du tronc aortique volumineux. Mais, arrivée au niveau du pancréas, elle pénètre dans sa couche superficielle, et se porte vers sa queue. Elle arrive ainsi jusqu'au hile de la rate située à gauche de la colonne de E. Dans cette dernière partie de son trajet, elle est accompagnée de l'artère splénique. Au hile de la rate, la grande mésaraïque s'abouche dans la veine splénique ; la veine porte ainsi constituée se jette alors directement dans la cavité auriculaire du cœur I.

La veine cave inférieure s'abouche dans l'oreillette de I, immédiatement au-dessus du point où elle quitte le foie. Elle s'ouvre dans cette cavité au-dessous de la veine cave supérieure. Pour la veine cave inférieure, qui aboutit au cœur II, elle est absolument normale dans sa naissance, ses collatérales et son trajet.

Ici, les veines sus-hépatiques ramènent du foie le sang qui lui a été amené par la veine porte (de ce côté il n'y a point de veine ombilicale). Cette veine-porte offre des origines normales, mais, fait intéressant à noter, dans la première partie de son trajet, elle reçoit une branche qui la réunit à la veine mésaraïque du côté opposé. Cette vaste arcade est peut-être oblitérée. Elle se porte d'une veine à l'autre en décrivant un arc à convexité supérieure, qui croise la paroi de l'estomac sous-jacente à la face A, et qui reçoit quelques affluents des deux pancréas.

Ainsi, tandis que les systèmes artériels communiquent largement au niveau de la base du cerveau et ont des relations intimes par le fait de la double origine d'une des aortes, les systèmes veineux offrent deux arcs-anastomotiques : l'un au niveau des branches viscérales, l'autre au niveau des azygos.

Appareil respiratoire. — Pour ce qui est de ces appareils, ils peuvent être décrits comme dépendance de l'une et de l'autre des faces. Tandis que la face A présente des fosses nasales bien conformées, la face B n'en a pas. Mais, de chaque côté du pharynx, aussi bien sur la face A que sur la face B, s'ouvre un larynx, bien conformé, auquel fait suite une trachée qui, sauf quelques points de détail, affecte avec le corps thyroïde, le thymus, les gros troncs vasculaires et nerveux du cou, les rapports habituels. Ces trachées se divisent en bronches. Celles qui dépendent de A se rendent dans les deux poumons qui entourent le cœur I, et qui dépendent de ce cœur, au point de vue de leurs vais-

seaux. Nous n'avons pas à revenir sur la disposition des plèvres qui entourent ces poumons. Quant à la trachée sous-jacente à B, elle donne ses bronches aux deux poumons qui entourent le cœur II, et qui reçoivent de ce cœur leurs artères, tandis qu'ils lui renvoient leurs veines. Ces subdivisions bronchiques, celles des poumons en lobe ne présentent rien d'anormal. Nous ne notons que ce fait, que les poumons dépendant de B, sont moins volumineux que ceux qui dépendent de A.

Organes génito-urinaires.—Ici, rien de commun aux deux fœtus, chaque enfant possède en propre les différents organes qui constituent l'appareil génital et l'appareil urinaire. Aussi, la description deviendrait-elle bien plus facile si l'on ne trouvait des anomalies, indépendantes, en grande partie, de la monstruosité principale.

Les organes génitaux qui se rapprochent le plus de l'état normal, sont ceux de l'enfant F. Nous avons déjà donné une description suffisante des organes génitaux externes; aussi, n'y reviendrons nous point.

L'appareil urinaire, dans ses organes sécréteurs, est parfaitement conformé. Les deux reins existent, en situation normale, surmontés chacun d'une capsule surrénale, recevant une artère rénale, et envoyant, à la veine cave inférieure, une veine émulgente. Les glandes donnent naissance à des conduits excréteurs, peut-être un peu dilatés, qui offrent des rapports normaux avec le bassin et l'utérus, et viennent se jeter dans le bas fond de la vessie. Celle-ci offre ses rapports habituels; mais, fait très important, elle n'est point surmontée d'un ouraque. On se rappelle que les artères ombilicales manquent de ce côté.

L'orifice urétral de cette vessie qui, ouverte, se trouve extrêmement haute et présente des parois très épaisses, se rencontre en sa situation normale. — Le vagin, l'utérus et ses annexes, ne nous ont rien présenté d'intéressant à noter. Il n'y a aucune communication entre les différentes cavités muqueuses du bassin de cet enfant. Elles sont normalement conformées.

Pour ce qui est de l'enfant E, la disposition de ces organes est bien autrement compliquée. La vessie offre son aspect normal. Elle est surmontée d'un ouraque. A sa gauche, passe une volumineuse artère ombilicale qui va rejoindre le cordon. Mais, la face postérieure de la vessie se prolonge un peu sous le cul-de-sac utéro-vésical, et en arrière de ce cul-de-sac se rencontre un volumineux organe, représentant évidemment l'utérus, et en offrant du reste la forme, sauf ce fait qu'il paraît fort distendu. De

plus, au lieu de donner naissance par ses angles directement aux trompes de Fallope, il est prolongé par deux véritables cornes, sur lesquels s'insèrent ces organes. Les ovaïres et les trompes utérines, normalement conformées, viennent du reste attester que l'on se trouve bien, comme cela doit être, vis-à-vis d'un enfant du sexe féminin. Le rectum, au lieu de passer en arrière de l'organe qui nous semble être l'utérus, vient en quelque sorte s'insérer sur sa face antérieure. Enfin, en arrière de l'utérus, on pressent sous le péritoine une masse, ou plutôt une poche, dont il est impossible de comprendre la nature. La dissection vient éclairer, en partie au moins, cette disposition si obscure au premier abord.

En ouvrant la vessie, on lui trouve une muqueuse normale, mais point d'orifice urétral, puis, en arrière, on la voit passer sous le corps qui représente l'utérus, et se prolonger, en arrière de lui, sous forme d'une arrière-cavité, qui se dessinait vaguement sous le péritoine, ainsi que nous l'avons vu. Cette arrière cavité représente le tiers de la cavité totale. Au-dessous l'utérus, cette poche membraneuse offre la même largeur qu'en avant et qu'en arrière. Mais elle est un peu aplatie de haut en bas.

Dans l'arrière-cavité s'ouvre, un peu à gauche, un canal qui reçoit facilement une sonde cannelée et qui se dilate du reste quand on le suit de bas en haut. Cette dilatation irrégulière se fait rapidement au-dessus de la poche et atteint 1 centim. de diamètre. Ce canal aboutit à un organe kystique, présentant quelques bosselures, situé sur le côté gauche de la colonne vertébrale, et présentant encore approximativement la forme de rein; c'est à une sorte d'enfoncement (le hile) qu'aboutit le canal. Cet organe est coiffé de la capsule surrénale. Il reçoit de l'aorte une petite artère et envoie à la veine cave inférieure une petite veine. Nous n'avons pu trouver aucune trace du rein, ni de l'uretère droits, bien que nous ayons examiné avec grand soin les lobules adipeux de la région. Du reste, ainsi que cela est la règle, la capsule surrénale droite persiste avec son volume normal et même un peu exagéré.

En somme, rein unique et kystique, et uretère dilaté s'ouvrant dans une cavité qui se continue avec la vessie en passant sous l'utérus, telle est la disposition de l'appareil urinaire de cet enfant.

Pour découvrir la nature de l'organe qui nous semblait représenter l'utérus et reconnaître ses relations avec l'intestin, nous avons ouvert ce dernier et nous avons prolongé l'incision vers le bas. Nous avons vu alors l'intestin

pénétrer en s'effilant et s'inclinant légèrement vers la droite de l'enfant, dans la paroi épaisse de la cavité utérine. Il s'ouvre dans celle-ci par un orifice de 2 millimètres de diamètre environ, par lequel reflue facilement de l'utérus dans l'intestin, et vice versa, le liquide blanchâtre, semblable à de l'amidon cuit, que contient l'intestin. La cavité dans laquelle on pénètre ainsi, allongée transversalement, suivant le grand axe de ce corps utérin dilaté, présente une muqueuse blanchâtre et plissée suivant cet axe. Vers la gauche, cette cavité se continue vers une corne sur laquelle s'insère la trompe gauche.—Vers la droite, au contraire, en suivant la cavité, on n'aboutit point à la corne correspondante, mais à une cloison. Cette cloison verticale sépare la grande cavité C d'une plus petite C'. Celle-ci, qui représente environ le $\frac{1}{4}$ du volume de la première corne paraît de même épaisseur (2 millim. $\frac{1}{2}$ environ) et renferme un liquide trouble, puriforme, beaucoup plus fluide que celui que contient C. La cavité C' présente, à son extrémité droite et supérieure, la corne droite, laquelle ne semble, pas plus que la gauche, communiquer avec la trompe qui la continue. Celle-ci s'en distingue extérieurement par un amincissement brusque des parois. De ce côté la trompe présente, en son milieu, une petite cavité de faible diamètre, sorte de petit kyste. Mais, elle ne paraît pas creusée d'un canal. Il n'y a aucune communication des cavités utérines entre elles, et elles ne communiquent nullement avec la cavité située au-dessous d'elles. Dans l'épaisseur du périnée, nous ne trouvons aucune autre cavité.

Ainsi : *conformation normale des ovaires et des trompes; cavité utérine divisée par une cloison verticale; ouverture du rectum dans le segment gauche de l'utérus; aucune communication avec le vagin qui paraît absent ou confondu avec la vessie*, tels sont les caractères que possédaient les organes génitaux de cet enfant.

Grandes cavités séreuses. — Quant aux plèvres et au péricarde, qu'il nous suffise de dire que, pour chaque groupe cardio-pulmonaire, les séreuses sont disposées de même façon. La plèvre droite est ouverte largement dans le péricarde et n'en est séparée que sur un bord en croissant, à concavité supérieure. La plèvre gauche, au contraire, n'est qu'un diverticule du péritoine et le poumon se perd dans une cavité dont ne le sépare plus un diaphragme incomplet.

Si nous partons de l'ombilic et remontons avec le péritoine sur la paroi de l'abdomen sous-jacente à la face A, nous voyons cette séreuse s'élever graduellement jusqu'à la base de la poitrine, et là se comporter différemment sur

la ligne médiane, à gauche et à droite (ces termes entendus par rapport à la face A). — Sur la ligne médiane, il rencontre les attaches du diaphragme, se réfléchit sur elles, atteint une des faces de l'estomac et descend alors, recouvrant cette face puis la face correspondante du duodénum, des pancréas (celui de E dans sa tête seulement, la queue de cet organe s'éloignant graduellement) et enfin l'intestin jusqu'à son ampoule terminale. Là, il se réfléchit pour passer sur l'autre face de l'intestin, où nous le verrons tout à l'heure. En descendant ainsi, le péritoine a rencontré, à droite et à gauche, à quelque distance de la portion commune d'intestin, les portions propres de l'iléon, sur lesquelles il se réfléchit aussi. Il y a par conséquent, de chaque côté de l'ampoule, un repli péritonéal falciforme dans lequel n'est contenue aucune portion d'intestin et qui se continue bientôt par le repli enfermant la portion propre d'intestin grêle.

A gauche de cette portion médiane, le péritoine en montant n'a plus rencontré le diaphragme, aussi ne se réfléchit-il qu'au-dessus du sommet du poumon; puis, il redescend et se continue vers le bas avec la face postérieure de l'épiploon gastro-splénique. Si nous considérons maintenant le feuillet antérieur de l'estomac, nous le voyons se porter vers la rate, recouvrir la moitié antérieure de sa face interne; sa face externe et ses bords pour revenir au hile et se porter de là sur la colonne vertébrale de F. En suivant le péritoine plus bas on le voit, de la colonne vertébrale, se porter sur le gros intestin, l'envelopper, puis, se réfléchir de l'autre côté.

Enfin, du côté droit, le péritoine rencontre la face inférieure du diaphragme qui le ramène vers la colonne vertébrale de l'enfant E. Là, il rencontre le foie sur la face supérieure duquel il se porte. Il la recouvre ainsi que son bout antérieur et sa face inférieure jusqu'au hile. Là, il offre, en quelque sorte, une disposition normale. Un feuillet situé en dedans des vaisseaux biliaires se porte sur l'estomac et le duodénum. Il rencontre en chemin la tête du pancréas de E et la recouvre; puis, se continue en bas vers l'intestin propre, se porte sur sa face antérieure, la continue et va se continuer avec le péritoine du côté opposé. Mais, au niveau des vaisseaux biliaires, le péritoine se porte en arrière en les entourant et constitue un véritable hiatus de Winslow, limité en avant par les vaisseaux du foie et en haut par la face inférieure de cet organe, en arrière par la veine cave de l'enfant E, en bas par le corps du pancréas correspondant, lequel se porte par sa queue vers la rate située à gauche de

la colonne vertébrale de E, tandis que sa tête s'accole au duodénum. Au-dessous du foie L, accompagnant la queue de pancréas et formant en partie la limite inférieure de l'hiatus se rencontrent l'artère splénique et la veine porte dont nous avons vu de ce côté la disposition spéciale.

Le feuillet antérieur de l'arrière-cavité, celui qui vient de doubler les vaisseaux hépatiques les recouvre en arrière et se porte ainsi jusqu'à une des faces de l'estomac. Il recouvre un quart de cet organe environ, puis, il le quitte pour se porter vers le hile de la rate. Dans ce trajet, il recouvre la face antérieure de la queue du pancréas, dont nous venons de parler, n'en tapissant d'abord que le quart supérieur, puis bientôt la couvrant tout entière. Il atteint ainsi le hile de la rate, se réfléchit au niveau des vaisseaux courts et se reporte par une courbe au bord postérieur de l'hiatus. Cette disposition de l'arrière-cavité n'a donc d'anormal que ce fait que le diverticulum péritonéal ne se prolonge pas dans un tablier épiploïque, celui-ci étant absent, ainsi que nous l'avons dit. La partie du foie L qui forme le plafond de la cavité est le lobule de Spigel. Le plancher est formé par le bord supérieur du pancréas et par le prolongement du péritoine qui unit la paroi antérieure à la postérieure et qui représenterait ici la partie terminale du mésocolon transverse.

Du côté de la face B, nous n'aurons qu'à répéter exactement la même description. On conçoit dès lors que les portions médianes des deux péritoines se continuent l'une avec l'autre au niveau de l'ampoule terminale et des deux replis falciformes qui unissent celle-ci aux portions propres de l'intestin. Quant aux parties latérales, la gauche fournit un feuillet antérieur et un postérieur à l'épiploon gastro-splénique et la droite fournit au-dessous du foie B un hiatus de Winslow, limité de même manière que celui du côté opposé et tapissant les faces homologues d'organes de même nom. Puis, à leur partie inférieure, la portion droite du premier péritoine se continue avec la gauche du second, au niveau du bord libre du gros intestin. Et, plus bas, ces deux feuillets, continus au niveau de l'intestin, se portant accolés de là à la colonne vertébrale, constituent une sorte de mésocolon plus ou moins contourné, à direction générale verticale et qui se prolonge jusque dans le bassin. Là, le péritoine se porte sur les organes génitaux internes de chaque fœtus, nous l'avons étudié en ce point. Enfin, il remonte le long de chacune des parois abdominales propres, jusqu'à ce qu'il rencontre l'ombilic.

Ces péritoines réunis forment donc, à la partie supérieure,

un système assez complexe dans lequel rentrent deux arrière-cavités et par conséquent deux épiploons gastro-spléniques présentant leurs quatre feuillets habituels. Les vaisseaux courts, l'artère splénique offrent par rapport à ces feuillets leur disposition normale. Dans la partie inférieure, le péritoine constitue une sorte de cloison médiane, à deux feuillets, attachée de côté et d'autre aux colonnes vertébrales et en quelque sorte tendue entre elles. Dans cette cloison, se trouve contenue la portion médiane d'intestin et les vaisseaux qui la nourrissent, puis, elle offre un bord inférieur au niveau du point (ombilic) où la cavité abdominale du monstre se divise en portions propres à chaque fœtus. Par sa portion adhérente, cette cloison péritonéale se continue de chaque côté en une sorte de mésocolon vertical jusque dans le petit bassin. La portion libre par son bord inférieur offre la forme d'un croissant, dont la concavité regarderait vers le bas, dont le milieu répondrait à l'ombilic et dont les cornes se prolongeraient dans les petits bassins.

Disons, ce que nous n'avons pu faire avant de parler du péritoine, que, pour chaque poumon, il existe un ligament triangulaire incomplet à droite, plus complet à gauche et formé de ce côté d'un feuillet péritonéal.

Système nerveux. — L'encéphale, au premier abord, vu par sa face supérieure, se présentait sous forme de deux sortes d'hémisphères, l'un sus-jacent à la face B, l'autre sus-jacent à la face A. Tous deux allongés transversalement par rapport à ces faces, ils étaient séparés l'un de l'autre par une faux du cerveau se portant d'un occiput à l'autre. De plus, la masse cérébrale sus-jacente à B, était manifestement plus petite que celle qui était située au-dessus de A. Aussi, la faux du cerveau s'insérât-elle au niveau des pariétaux de E, non sur la suture elle-même, mais sur le pariétal gauche. En examinant de plus près ces deux gros lobes, on voyait, environ au niveau de la suture frontale, une scissure plus marquée en A qu'en B, trace de la séparation des cerveaux appartenant à chaque enfant. Au fond de cette scissure, des circonvolutions de passage, plus ou moins marquées, réunissaient entre elles, les circonvolutions cérébrales.

L'étude de la face inférieure vient bien montrer quelles sont les parties appartenant en propre à chaque fœtus, et quelles sont celles par lesquelles ils se mettent en rapport.

Cette face inférieure (*Fig. 3.*), nous montre une masse cérébrale inégale. De part et d'autre de cette masse, se

voient un bulbe, une protubérance surmontée d'un cervelet, et des pédoncules cérébraux, qui semblent aller à la rencontre les uns des autres. Ils sont séparés par une sorte de vésicule formée d'une mince lame de substance d'apparence nerveuse et qui, sur notre figure, est représentée ouverte. Cette vésicule, logée dans la fosse qui résulte de la réunion des selles turques, n'est autre chose que le résultat de la fusion des infundibula propres à chaque enfant.

En fait, en pénétrant dans cette vésicule, on entre dans une vaste cavité ventriculaire, que nous décrirons tout à l'heure. De côté et d'autre de cette vésicule, répondant à

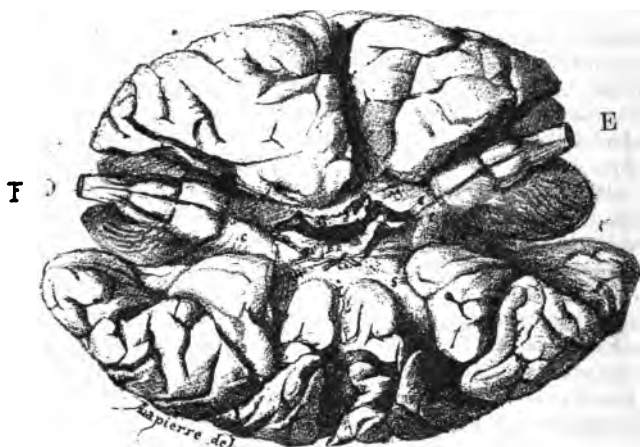


Fig. 3.— Face inférieure de l'encéphale.—C, corps opto-striés appartenant les uns au fœtus F, les autres au fœtus E et laissant entre eux un espace occupé par une sorte de vésicule résultant de la fusion des deux infundibula.

chaque face, se voit un chiasma de nerfs optiques dans lesquels l'un des nerfs appartient au cerveau de F, l'autre au cerveau de E. En effet, en étudiant nos protubérances et nos bulbes, qui appartiennent bien évidemment à chacun des enfants, nous voyons qu'il leur est annexé, à chacun, deux parties postérieures d'hémisphères cérébraux assez reconnaissables. Seulement, l'hémisphère gauche de F. est plus volumineux et mieux développé que son hémisphère droit, c'est l'inverse pour E. Il n'y a rien là qui puisse nous étonner maintenant. De concert avec notre ami Féré, qui a bien voulu nous aider de ses avis dans cette partie de notre travail, nous avons étudié les hémisphères avec soin, au point de vue de leurs circonvolutions, afin de voir

par quels points s'était opérée la soudure entre eux. Disons d'abord, qu'au niveau du point où les deux cerveaux se rencontrent, se trouve une scissure très profonde et très marquée du côté de A, moins profonde du côté de B. Il est assez facile de retrouver du côté A les circonvolutions normales. Elles sont figurées sur une planche demi-schématique, sur laquelle ne sont indiqués que les sillons principaux et importants. Mais pour celles-ci, leur situation et leur forme sont représentées avec une rigoureuse exactitude.

Sur l'hémisphère A (*Fig. 4.*), de chaque côté de la scissure de séparation, nous avons trouvé la circonvolution frontale ascendante FA, puis le sillon de Rolando R, la pariétale ascendante (Pa), le sillon post Rolandique PRt, la scissure de Sylvius S, la parallèle P avec les deux lobules pariétal supérieur Ps et pariétal inférieur Pi. Il nous a été aussi, assez facile de déterminer sur ce double hémisphère, la scissure perpendiculaire l'avant-coin et le coin, et enfin, la partie postérieure de la circonvolution crêtée. Les hémisphères se rencontraient donc au niveau des lobes frontaux. Mais, au lieu que, comme pour la face par exemple, ces lobes soient reportés en dehors, leurs circonvolutions n'existaient plus qu'à l'état de vestige, d'une part, au fond même de la scissure de séparation, d'autre part, sur une sorte d'ilot pyramidal qui faisait sortie dans la cavité ventriculaire, sous le corps calleux, entre les têtes des deux corps striés, cet ilot est figuré en I.

Pour le côté B, la disposition est un peu moins claire. Cependant, en examinant avec soin la disposition des circonvolutions, nous avons pu nous convaincre que le point de contact était reporté plus en arrière pour chaque hémisphère. En sorte que les sillons qui, normalement se dirigent obliquement vers la face inférieure du cerveau, aboutissent ici à la scissure de séparation. On reconnaîtra ce fait en examinant la *Fig. 5*, dans laquelle les lettres représentent les mêmes points du cerveau que dans la *Fig. 4*. Pour la partie interne et surtout pour la partie postérieure du cerveau, de ce côté, l'interprétation était si difficile que nous avons dû y renoncer, craignant de ne plus rester dans le domaine des faits réels. Il y avait probablement un arrêt de développement qui changeait fortement l'aspect habituel de la surface du cerveau.

En examinant notre double encéphale par sa face supérieure, nous avons reconnu que l'on pénétrait d'emblée sous la faux du cerveau, dans une vaste cavité ventriculaire, dont le plafond n'était formé que par une large toile

choroïdienne. De côté et d'autre de cette ouverture supérieure, se voyaient les bords de deux bandelettes blanches

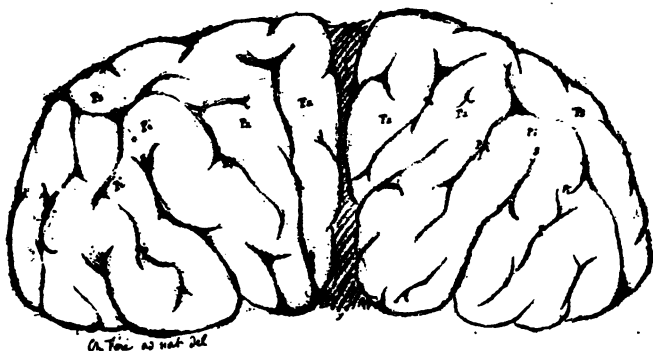


Fig. 4. — Cerveau A. — Fa. Frontale ascendante. — P. Scissure parallèle. — Pa. Pariétale ascendante. — Ps. Lobule pariétal supérieur. — Pi. Lobule pariétal inférieur. — Pr. Sillon post Rolandique. — R. Sillon de Rolando. — S. Sylvienne. — I. Large scissure marquant le point d'attouchement du cerveau de E et de celui de F.

arquées, résultant probablement de la soudure de corps calleux incomplets, avec les voûtes à quatre piliers. Les

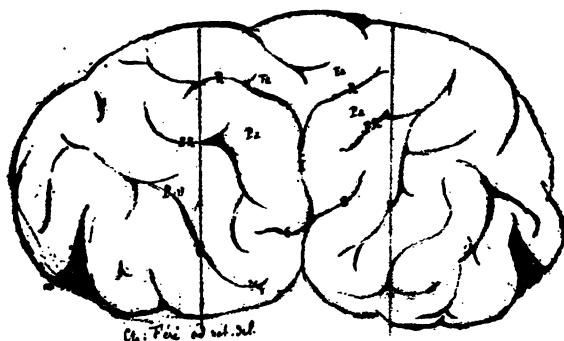


Fig. 5. — Cerveau B. — Fa. Frontale ascendante. — R. Sillon de Rolando. — Pa. Pariétale ascendante. — S. Sylvienne. — Pi. Lobule pariétal inférieur. — Ps. Lobule pariétal supérieur.

parties de ces bandelettes, qui regardaient les lobes postérieurs, pénétraient dans les prolongements sphénoïdiaux et occipitaux de cette vaste chambre. Celle-ci, est limitée de côté et d'autre, c'est-à-dire vers F et E (Fig. 6), par les pédoncules cérébraux, qui font suite aux protubérances appartenant

respectivement à chacun de ces enfants. Chaque pédoncule cérébral est suivi de la couche optique, en dehors de laquelle se voit le noyau caudé du corps strié. Les cerveaux se rencontrent au niveau de l'extrémité antérieure de ces noyaux qui sont un peu fusionnés du côté de B. Ainsi, sont formées les faces latérales de cette vaste cavité ventriculaire, dans laquelle on observe, à chaque extrémité, l'ouverture d'un

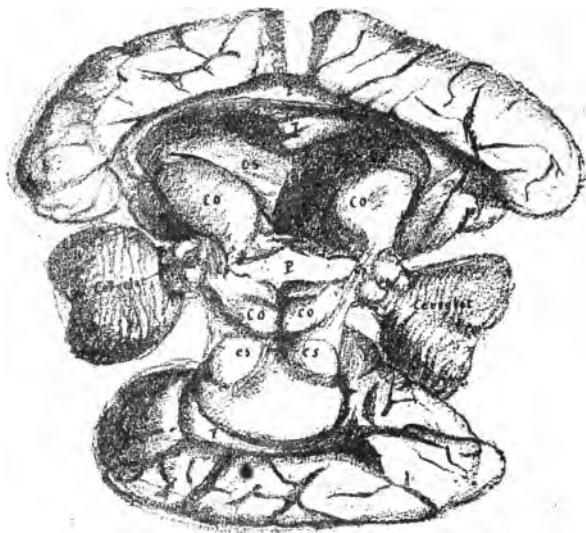


Fig. 6. — Ventricules cérébraux. — Le cerveau est vu par sa face supérieure. — Les deux masses hémisphériques sont écartées de manière à laisser voir une grande cavité centrale résultant de la fusion des ventricules moyens de l'un et de l'autre fœtus. Le plancher de cette cavité dans laquelle s'ouvrent largement les ventricules latéraux est formé par les couches optiques et les corps striés de l'un et de l'autre fœtus Cs-Co. — Le plafond est incomplet par 2 demi-fornix (F) qui ne sont pas unis sur la ligne médiane et qui appartiennent par moitié à l'un et à l'autre fœtus.

aqueduc de Sylvius, avec la commissure blanche postérieure. La partie inférieure de la cavité est formée par la vésicule que nous avons décrite tout à l'heure à la face inférieure du cerveau. Le plafond, formé par la toile choroïdienne, était complété de côté et d'autre, par les restes des piliers, qui, certainement, n'étaient pas unis sur la ligne médiane, leurs bords étant restés très tranchants et n'étant nullement déchirés. Du reste, leur étendue inégale ne leur permettait pas de s'adapter exactement l'un à l'autre.

En dehors, la bandelette du côté de A se confondait avec les circonvolutions qui passaient d'un cerveau à l'autre. Au-dessous d'elle, du côté du ventricule, se trouvait l'espèce d'île dépendant des circonvolutions frontales qui est figurée en I. Pour la bandelette du cerveau B, elle disparaissait sous les circonvolutions du côté correspondant.

Les coupes ne nous ont rien indiqué d'intéressant. Elles nous ont servi, cependant, à vérifier absolument la position des circonvolutions motrices. On sait, en effet (1), que leur extrémité supérieure correspond à l'extrémité postérieure de la couche optique. Nous avons marqué d'un trait, sur notre schéma, la coupe qui passait immédiatement en arrière de la couche optique. On voit qu'elle répond bien à l'extrémité supérieure de ce que nous avons considéré comme le sillon de Rolando.

Les nerfs crâniens n'offraient rien de spécial dans leur mode de naissance. Rappelons seulement la réunion des nerfs optiques d'un fœtus avec ceux de l'autre, par une apparence de chiasma, et l'absence des olfactifs d'un côté.

Les gros troncs nerveux de la région carotidienne offrent ceci de spécial qu'ils tendaient légèrement à abandonner leurs rapports habituels avec les artères, pour se rapprocher des colonnes vertébrales dans la partie moyenne de leur trajet, au moins. En outre, vu la disposition des gros troncs artériels de la face B, nous comprendrions facilement que les pneumo-gastriques et les récurrents présentent une situation un peu particulière. Les nerf du côté droit (par rapport à B) donnent le récurrent immédiatement au-dessous du corps thyroïde, au-dessus du tronc brachio-céphalique veineux. Ce petit nerf décrit une anse qui n'est maintenue par aucune artère, et se porte en haut, sous le corps thyroïde, pour pénétrer dans la partie droite du larynx. De l'autre côté, le pneumogastrique descend jusqu'au tronc aortique anastomotique, et, le croisant, donne un récurrent plus volumineux. Les deux autres donnent leurs récurrents avec les deux pauses qui partent de I. Puis, le pneumogastrique droit de B se divise aussitôt en rameaux pulmonaires et œsophagiens, tandis que les trois autres présentent la distribution normale. Il nous a été impossible de savoir s'ils s'anastomosaient tous quatre autour de l'œsophage.

(1) Ch. Féré. — *Note sur quelques points de la topographie du cerveau*. In *Arch. de phys.*, 1876, p. 247.

RÉFLEXIONS. — L'examen attentif des organes de ce monstre confirme la théorie actuelle du mode de formation des monstruosités doubles, et donne différentes indications sur le moment du développement auquel s'opère la soudure entre les deux individus.

Voici en effet ce qui se passe. Sur un vitellus unique, se développent deux germes assez rapprochés pour se confondre par leur extrémité céphalique. En effet, l'étude du cerveau du janiceps nous a montré que les vésicules cérébrales antérieures sont confondues; leurs cavités (ventricules moyens) ne forment plus qu'une vaste chambre. Leurs prolongements les plus importants (hémisphères cérébraux) se sont accolés, repoussés et fusionnés sur une certaine étendue. Le fait même de cette fusion des portions céphaliques explique la présence d'un amnios unique: la cloison séparant deux amnios ne pouvant être due qu'au repli céphalique et celui-ci ne pouvant exister.

Ensuite, à mesure qu'ils accomplissent leurs premiers développements, alors qu'ils sont encore « simples bourgeons » (Dareste), les éléments destinés à constituer les faces se rencontreront et forcément, de telle sorte qu'au lieu d'aller se toucher à la partie homologue du même fœtus, ils se réuniront à celle du fœtus opposé.

Il en sera de même pour les portions de somato-pleure qui constituent les parois thoraciques. D'autre part, les splanchno-pleures s'accoleront bord à bord pour former un canal digestif central unique dans toute la portion commune des deux individus.

Mais, tout en s'accolant, ces parties destinées à former le tube digestif n'en auront pas moins apporté avec elles les éléments de formation du foie, du pancréas, etc. Aussi, comprend-on que ces monstres possèdent 2 foies, 2 pancréas, 2 rates. D'autre part, de la partie supérieure du tube digestif se développeront, après soudure, les groupes pulmonaires qui n'appartiennent par moitié à chaque fœtus que par le fait que la partie de splanchno-pleure qui forme l'œsophage a apporté, en venant se souder à celle du fœtus opposé, les éléments nécessaires à la formation de ces deux poumons respectifs.

Il en est de même du cœur. En examinant avec soin les organes de la circulation, on arrivera en réalité à se con-

vaincre que chaque cœur appartient par moitié à l'un et à l'autre fœtus ; l'étude des anastomoses du système veineux confirmera cette idée. Quant au système artériel, ce qui est le plus remarquable, c'est la conservation de parties descendantes de l'un des arcs aortiques primitifs qui auraient dû disparaître, et qui, persistant, ont formé l'un des vaisseaux convergents d'où il résulte l'aorte descendante de E. En réalité, cette artère, qui semble venir de deux cœurs, provient bien uniquement du cœur du fœtus E ; aussi, celui-ci a été séparé en deux parties qui ne se sont pas réunies entre elles, mais à leurs homologues du fœtus opposé. Seulement, ses arcs aortiques s'anastomosent régulièrement en avant de la colonne du fœtus auquel ils appartiennent et l'endroit, au lieu de disparaître dans sa portion descendante, a persisté.

Quoi qu'il en soit, est-ce là un argument en faveur de la dualité primitive du cœur, admise par M. Dareste. Je ne le pense pas. Les blastèmes cardiaques peuvent ne pas encore être formés au moment où la soudure se fait, mais ils existent virtuellement sur les bords du point de soudure, et, de ce fait, chaque lame apporterait avec elle sa moitié de cœur. Il peut au moins en être ainsi ; ce n'est pas à dire que cela soit forcément. Ce que j'entends dire, c'est que, de l'étude des monstres janiceps, il me semble qu'il n'y a nul argument à tirer, ni pour, ni contre la théorie de l'unité ou de la dualité primitive du blastème cardiaque.

Du mode de constitution de ces monstres, il résulte que les cœlums internes propres à chaque fœtus feront, par leur réunion, un seul grand cœlum qui se subdivisera plus tard en péritoine et plèvre, celui-ci se séparant à son tour du péricarde. Ici, les cloisonnements ont été incomplets. Des anomalies du diaphragme, qui paraissent fréquentes chez les janiceps (voyez les cas de MM. Houël et Golay) ont laissé le péritoine communiquer avec les plèvres gauches. D'autre part, les péricardes s'ouvrent dans les plèvres droites.

Enfin, pour ce qui est des anomalies qui ne tiennent pas à la monstruosité principale, il est évident que chez l'un des fœtus (E), le cloaque est resté en grande partie indivis, et l'uretère a persisté à s'y ouvrir en arrière des canaux de Müller. Mais, il est un fait inexplicable, c'est l'ouverture de

l'intestin dans l'un de ceux-ci. De même, il n'est pas beaucoup plus facile de comprendre chez l'autre enfant l'absence des portions canaliculaires et extra-embryonnaires de l'allantoïde, qui entraîne l'absence d'artère ombilicale de ce côté.

Nous avons supposé, en étudiant le mode de formation des janiceps, que les axes des deux germes placés bout à bout coïncidaient parfaitement. Cette disposition donnerait ce janus parfait, type idéal. Le plus souvent, ils sont légèrement inclinés l'un sur l'autre, de telle sorte que les côtes qui répondent au point par où se ferme l'angle se développeront moins complètement et qu'on aura ainsi, suivant le degré d'inclinaison des axes, la série suivante : janus imparfait, iniopé, synote, déradelphe (Dareste).

Enfin, la conclusion générale que l'on peut tirer de cette monstruosité, c'est que la soudure entre les deux individus y est très précoce, ce qui confirme l'opinion des auteurs qui se sont occupés spécialement de la question.

15. M. VARIOT fait une communication sur un cas de *purpura*.

Séance du 29 juillet 1881.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

16. Fistule pelvi-fessière. — Ovarite suppurée double. — Péritonite purulente. — Mort ; par M. MEÜNIER, interne des hôpitaux.

La nommée Virginie P..., 43 ans, cuisinière, entrée le 13 juin 1881 à la Charité, salle Sainte-Rose, lit n° 1 bis, service de M. DESPRÉS, pour un abcès fistuleux de fesse droite. Il y a trois mois, cette femme fit dans un escalier une chute violente sur le siège, et dut garder le lit plusieurs jours. Ensuite, elle reprit ses occupations.

Quinze à vingt jours après, un abcès se fit jour près du pli interfessier et ne se ferma pas. Il persista un suinte-

ment, peu abondant, d'un liquide grisâtre et sentant mauvais. Le mal ne la gênait pas autrement, ni pour marcher, ni pour s'asseoir. La malade ne nous donne point d'autres détails, sinon qu'elle souffrit alors beaucoup, et fut alitée pendant cinq à six jours.

Du reste, sa santé est habituellement bonne. Elle a eu la fièvre typhoïde à 25 ans. Elle est encore réglée ; elle n'a jamais eu d'enfants. Elle n'accuse pas de troubles des fonctions menstruelles. Ce dernier renseignement est douteux, d'autant plus que, pendant les six semaines qu'elle a passées dans le service, elle n'a pas eu ses règles.

La fistule est située sur le bord du pli interfessier, à quelques centimètres au-dessus du pli fessier. L'orifice externe est de petite dimension, circonscrit par un bord rouge, violacé, sans callosités, mais induré dans une étendue de 1 centimètre environ. Le trajet s'enfonce profondément sous les chairs. On peut pousser un stylet convenablement recourbé jusqu'à 10 ou 12 cent. en avant, en bas et en dehors, sans arriver sur l'os. On est arrêté par la résistance de tissus mous.

M. Després pense que l'abcès a été le résultat de l'inflammation d'une bosse sanguine dans les couches profondes, occupant la région fessière ou la bourse séreuse ischiatique, ce qui, dans ce dernier cas, expliquerait la persistance de la suppuration. Le toucher vaginal ne donnait aucun signe ou symptôme d'affection du petit bassin. Aussi, la possibilité d'une fistule pelvienne, quoique soupçonnée, ne fixe pas l'attention. Le squelette du bassin n'est pas mis en cause. Cataplasmes pour ramollir l'orifice de la fistule et repos au lit.

18 juin. La malade étant toujours dans le même état, ne souffrant pas et fatiguée du lit, réclame un traitement plus efficace.

20 juin. Application d'un cône d'éponge préparée pour dilater. Retiré le lendemain.

22 juin. Nouveau cône.

23 juin. L'exploration avec le doigt poussé dans la fistule, aussi profondément que possible, n'apprend rien de nouveau. Injection de teinture d'iode pure.

24 juin. La suppuration est plus abondante.

25 juin. Le pus sort en grande quantité, mais il est toujours grisâtre.

27 juin. Nouvelle injection de teinture d'iode.

29 juin. La malade est abattue, pas d'appétit.

30 juin. Vomissements alimentaires à plusieurs reprises. Pas de frisson, ni de sueur. Cependant, la température est

très-élevée. Le soir, T. R. 40°, 2. P. 110. Sulf. de q. 75 cent.

1^{er} juillet. T. M. 37°, 4 ; S. 38°, 2.

2 juillet. T. M. 36°, 9 ; S. 37°, 3.

3 juillet. T. M. 36°, 8.

4 juillet. T. S. 39°, 4.

5 juillet. T. M. 27° 1 ; S. 37°, 5.

10 juillet. La température ne dépasse pas la moyenne. Cependant l'altération du faciès, l'expression maussade et hébétée de la physionomie attirent l'attention, sans qu'on puisse découvrir le point de départ de cet état. La malade ne se plaint pas. Elle se lève et se promène.

13 juillet. T. S. 40°, 5, sans frisson.

14 juillet. T. M. 38°, 4 ; S. 39°, 5, vomissements.

15 juillet. T. M. 38°, 6 ; S. 39°, 2. Sulfate de quinine, un gramme, à continuer.

22 juillet. Même état.

24 juillet. La malade continuait à se lever. Elle descendait chaque jour dans la cour. Ce matin, elle est allée à la chapelle. Dans l'après midi, elle a dû se remettre au lit. Elle a été prise de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Les traits sont tirés, la langue sèche. La malade est couchée sur le côté gauche, les genoux relevés. Le ventre est ballonné, et très douloureux au toucher. T. S. 40°, 2 ; P. 116, petit.

25 juillet. T. M. 37°, 8 ; S. 36°, 2. P. 120, petit, filiforme. Les vomissements sont fréquents, peu abondants, faciles, d'abord verts, porracés, puis bruns. Le soir respiration rapide, embarrassée. Application d'un large vésicatoire sur l'abdomen.

26 juillet. Mort à 5 heures du matin.

AUTOPSIE, le 28 juillet. — La péritonite est confirmée. Le petit bassin est rempli de fausses membranes et de liquide épais. Après l'avoir enlevé avec l'éponge, on s'aperçoit que les organes contenus dans le petit bassin ne forment qu'une seule masse, ils sont réunis les uns aux autres par un tissu conjonctif résistant, indice de pelvi-péritonite ancienne.

Avant d'aller plus loin, on introduit un stylet dans la fistule ; ce stylet arrive dans le petit bassin, jusqu'au bord droit du rectum. La fistule traverse la grande échancrure sciatique.

Après avoir examiné la surface des masses qui remplissent le petit bassin, reconnu de la fluctuation à gauche, et constaté l'absence de perforation, on enlève, en masse, tout

ce que contient le petit bassin. Une dissection longue et minutieuse a montré des lésions nombreuses et variées.

Les trois principaux organes que contient le petit bassin sont sains, à savoir la vessie, l'utérus et le rectum.

L'S iliaque forme plusieurs replis, accumulés derrière l'utérus ; une bande fibreuse résistante et étroite l'unit au bord droit de l'utérus ; au-dessous de cette bande, on peut passer le doigt entre l'utérus et l'intestin. Dans la moitié gauche de la masse, on voit que :

La trompe est dilatée, remplie de pus; il existe deux abcès, l'un à sa partie moyenne, l'autre à la corne de l'utérus, du volume d'un pois. On ne retrouve pas le pavillon de la trompe, mais son extrémité aboutit à une poche purulente, du volume d'un petit œuf, poche dont la paroi est creusée d'excavations lisses, arrondies. Cette poche paraît être l'ovaire. Les lésions trouvées à droite l'ont démontré par analogie.

Un gros abcès du volume du poing communique par un petit pertuis avec la première cavité, et occupe le ligament large. Dans la moitié droite, on voit d'abord le trajet de la fistule qui traverse le ligament large et aboutit au bas du rectum, près de l'utérus, en contournant une masse molle, fluctuante. Ce trajet ne communique ni avec l'utérus, ni avec le rectum. L'intégrité de la paroi interne de ces deux organes est démontrée par un examen direct. La fistule ne s'étend pas non plus du côté gauche et les lésions que nous avons trouvées de ce côté, en sont complètement indépendantes. La trompe droite est saine.

L'ovaire est disséqué. Il ne présente point ses caractères habituels. Il constitue cette masse ovoïde, molle et fluctuante, à surface bosselée, que contourne la fistule. Après l'avoir isolée dans les deux tiers de son volume environ, on trouve, à l'extrémité externe, trois kystes, transparents, absolument semblables aux kystes que l'on rencontre si souvent dans l'ovaire. L'incision de la tumeur fait pénétrer dans un abcès, dont le contenu s'écoule en même temps par la fistule. Les parois de cet abcès sont irrégulières, et présentent huit ou dix parties qui la font communiquer avec de petits diverticula, arrondis, du volume d'un grain de chénevis. Le contenu de l'abcès était un pus verdâtre, épais, avec quelques grumeaux. Ces lésions ont fait songer à une ovarite tuberculeuse. L'examen des autres organes n'a pu confirmer ce diagnostic.

Il n'y avait point de tubercules à la surface du péritoine. Il n'y en avait point dans les poumons, qui ont été examinés avec le plus grand soin. — Le foie était dur, bosselé et pré-

sentait l'aspect du foie cirrhotique, avant la période d'atrophie. — La rate était plus ferme qu'elle ne l'est ordinairement. — Les reins étaient sains.

RÉFLEXIONS. — Nous avons trouvé: 1° d'un côté, à gauche, une ovarite suppurée et un abcès du ligament large. 2° De l'autre côté, à droite, une ovarite suppurée, et une fistule pelvi-fessière.

Cette fistule a été précédée d'un abcès du ligament large qui s'est fait jour à travers l'échancrure sciatique du côté de la fesse. Ici la lésion était plus avancée que là.

Nous nous expliquons facilement la relation qui existe entre l'abcès de la fesse et la fistule d'une part, et, d'autre part, la suppuration du ligament large.

La péritonite finale est due à la suppuration du ligament large gauche. A-t-elle été le résultat d'une perforation ou de la propagation de l'inflammation? Nous n'avons pas trouvé de perforation. Les abcès constatés dans le tissu de la trompe étaient assez superficiels pour que nous puissions admettre qu'une fissure légère a laissé échapper un peu de pus dans le péritoine.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une même lésion : *ovarite suppurée double et abcès des ligaments larges*, aboutissant à deux terminaisons différentes ; à droite à une *fistule chronique*, à gauche à une *péritonite suraiguë*. La nature de la suppuration ovarique reste incertaine.

17. Un cas d'anévrysme de l'artère communicante postérieure; par M. KLIPPEL, externe des hôpitaux.

La nommée W... est entrée à la Salpêtrière le 12 mars 1879 et y fut reçue en qualité d'admise. Etant devenue gâteuse au mois d'avril 1881, elle entra le huitième du même mois, dans le service de M. LUYS.

Elle est alors âgée de 80 ans et présente les symptômes suivants : Elle porte à la région fessière droite une légère escharre, elle est gâteuse et sujette à des poussées congestives du côté du cerveau, mais n'a jamais perdu connaissance. Elle n'est pas hémiplégique, et, quoique parlant habituellement très peu, elle n'a jamais présenté d'aphasie.

On remarque une chute de la paupière du côté droit ; le globe de l'œil du même côté est privé de mouvements. Des deux côtés la vue est trouble. Il n'est pas possible de savoir

depuis combien de temps ces derniers symptômes se sont produits. Il paraîtrait cependant que la chute de la paupière se soit effectuée graduellement.

Durant les deux mois qui suivent son entrée dans le service, elle s'affaiblit de plus en plus et succombe le 16 juillet.

AUTOPSIE. — On n'observe pas de dilatation du cœur, ni des gros vaisseaux. Dans l'aorte, on trouve des plaques d'athérome. L'ouverture du crâne montre ce même processus sur les artères carotides et les sylviennes. La substance cérébrale n'est pas ramollie.

Sur l'artère communicante postérieure droite, on remarque un anévrysme non rompu, atteignant le volume d'une noix et ayant une forme irrégulièrement sphérique. Il occupe toute la longueur de cette artère et présente deux orifices de communication avec les vaisseaux, dont l'un, en avant, répond à l'artère carotide ; l'autre, en arrière, au tronc basilaire (la communicante postérieure naît, en effet, dans le cas actuel, du tronc basilaire, immédiatement au-dessous de l'artère cérébrale postérieure). On ne remarque pas d'altérations des os de la base du crâne.

Les parties de la substance-cérébrale où siège l'anévrysme sont comprimées ; celui-ci se trouve en avant de la protubérance, qu'il touche par sa partie postérieure et s'étend en avant jusqu'au nerf optique du côté droit. En le soulevant, on voit que l'artère cérébrale postérieure est adhérente à la paroi externe de la poche.

Les parois de l'artère communicante postérieure qui, durant tout le trajet de l'artère, constituent la poche de l'anévrysme, sont notablement épaissies ; la tunique musculaire paraît détruite en partie ; il y a, au contraire, prédominance des autres tuniques.

Toute la poche est occupée par un caillot rougeâtre, consistant, et dont on peut détacher des lamelles. À la coupe, on voit de gros cercles qu'on peut distinguer au nombre de trois, celui du milieu étant plus clair que les deux autres. Il s'agit sans doute d'un caillot fibrineux et de date ancienne. L'encéphale étant coupé, nous n'avons pu rencontrer d'anévrysmes miliaires.

RÉFLEXIONS. — L'anévrysme qui fait l'objet de cette communication est remarquable par ses dimensions, dont l'une, la longueur, est celle de l'artère elle-même. Il présente dans sa forme et dans la structure de ses parois quelques

traits qui rappellent les anévrysmes miliaires auxquels on a comparé ceux de la base. On a aussi signalé la fréquente coïncidence de ces deux sortes d'anévrysmes, mais, ici, il ne nous a pas été donné d'en rencontrer de la première variété.

Les symptômes ont été bornés à des phénomènes de compression et cela sans doute à cause de la lenteur avec laquelle la tumeur s'est formée ; du reste, en général, les anévrysmes de la base du cerveau, même atteignant des dimensions relativement grandes, ne déterminent que des désordres de ce genre et ne sont cause de mort que par suite de leur rupture.

18. Invagination de l'S iliaque dans le rectum. — Laparatomie latérale. — Anus de Littre. — Mort. — Lipome de l'intestin ; par M. TH. TUFFIER, interne des hôpitaux.

Rocher, Rosalie, âgée de 43 ans, entre le 21 juin 1881 dans le service de M. Th. ANGER, salle Cochin, n° 13.

C'est une femme grasse, bien constituée, qui nous est envoyée pour une obstruction intestinale. Comme antécédents morbides, elle accuse un rhumatisme articulaire aigu il y a deux ans, des hémorroïdes à la même époque. Elle n'a jamais eu ni dysentérie, ni fièvre typhoïde.

Il y a 9 mois, sans cause appréciable, ses selles deviennent plus rares ; elles n'ont lieu que tous les 5 ou 6 jours, puis tous les 8 ou 10 jours. Enfin, la constipation se prolonge jusqu'à 20 jours de suite. Aucun accident, sauf un léger malaise, n'accompagnait cette constipation, l'émission de gaz par l'an us avait toujours lieu, aussi la malade s'effraya peu de ces accidents et se contenta de prendre quelques lavements qui restèrent sans effet.

C'est 5 mois seulement après le début des accidents, que des douleurs se manifestent dans la fosse iliaque gauche, douleurs qui deviennent bientôt intolérables, s'irradient dans la jambe gauche et sont suivies d'engourdissement. En même temps, surviennent des accidents du côté du rectum. Les envies d'aller à la selle sont plus fréquentes ; s'accompagnent de douleurs, et, après de violents efforts, la malade ne rend que quelques matières glaireuses. Le ténesme et les épreintes augmentent chaque jour, les selles s'accompagnent toujours d'une légère hémorrhagie, et, depuis 6 jours, les hémorroïdes ont reparu. La constipation devient plus rebelle et la malade entre à l'hôpital.

Nous constatons alors que le ventre est très ballonné,

très tendu et donne un son tympanique à la percussion. La palpation ne révèle aucune tumeur et n'est point douloureuse. A ce moment, la constipation date de 12 jours, il n'y a pas d'émissions gazeuses par l'an us et la malade se plaint d'une pesanteur épigastrique, elle n'a pas eu de vomissements. Mais, elle se plaint surtout d'épreintes continuelles qui l'obligent à rester constamment sur le bassin.

Autour de l'an us existent quelques hémorrhoides, le toucher rectal est très douloureux, le sphincter est contracturé, aussi, M. Marchand et M. Anger se décident-ils à endormir la malade pour faciliter l'exploration.

Environ à 8 mm. de l'an us, on trouve une tumeur mamelonnée, grenue, cylindroïde, dont on peut facilement faire le tour. Cette tumeur est mollass e, ressemblant à des bourgeons épithéliaux. Au-dessus, à 4 centimètres, on tombe sur une gouttière circulaire, qui se continue à ce niveau avec la muqueuse rectale, et on sent parfaitement que cette gouttière est formée par la muqueuse. Enfin, entre cette gouttière et la tumeur, on trouve un second repli muqueux qui étreint la pédicule du néoplasme.

Au milieu de ces replis, il est impossible de trouver trace d'un orifice central et les essais répétés pour introduire une sonde dans l'intestin restent infructueux.

On déprime avec le doigt la gouttière supérieure jusque sur la symphyse sacro-iliaque gauche, sans plus de résultats. Cette exploration provoque un écoulement de sang; la tumeur saigne très facilement. On porte en conséquence le diagnostic; épithélioma de la partie supérieure du rectum, avec invagination intestinale.

On ordonne des lavements purgatifs qui restent sans effets, mais, le lendemain, il se fait une émission de quelques gaz qui permettent de reconnaître que le colon est dur et rempli de matières.

23 juin. L'état général persiste, les épreintes sont plus fréquentes, plus douloureuses, la constipation est absolue; la malade ne rend que des matières glaireuses sanguinolentes. Le soir surviennent, pour la première fois, des vomissements bilieux, la température est de 37°. Le pouls petit, mais non péritonéal. Le lendemain, le ballonnement du ventre a augmenté, les vomissements persistent, la malade accuse une douleur assez vive dans la fosse iliaque gauche. L'état d'affaissement est plus marqué. T. 36°,8 le matin et 37° le soir.

Devant la persistance des accidents d'obstruction intestinale, MM. Th. Anger et Marchand proposent l'opération suivante: Laparotomie dans la région inguinale gauche,

essai de désinvagination par la cavité abdominale, et anus de Littre, si l'invagination ne cède pas.

Après avoir pris scrupuleusement toutes les précautions listériennes, M. Marchand fait, dans la région inguinale gauche, une incision de 10 centimètres, et tombe sur un péritoine déjà très vascularisé.

Il explore avec la main la cavité du petit bassin, et constate la présence d'une invagination de l'S iliaque dans la partie supérieure du rectum. Malgré des tractions solides et répétées, malgré l'aide d'une autre main repoussant par le rectum la portion invaginée, il est absolument impossible de redresser l'intestin.

On pratique alors l'anus de Littre par la méthode ordinaire. L'opération est laborieuse, parce que l'S iliaque est vide, mais se termine sans aucun incident. Pansement de Lister. Dans la journée, la malade rend des gaz par la plaie, les vomissements cessent. Le soir, le ventre n'est pas douloureux, la température est à 37°, 1.

Le lendemain, l'état général est assez bon, pas de menace de péritonite; il survient un seul vomissement alimentaire. Mais la patiente est toujours très affaiblie (T. 37° le matin, 37°, 4 le soir) et n'a pas rendu de matières par la plaie.

26 juin. Evacuation très abondante par l'anus contre nature, même état général, T. 36°. 9. S. 37°. 3. Le ventre est un peu douloureux, mais non ballonné; dans la journée, les vomissements bilieux se manifestent de nouveau.

27 juin. Ils deviennent incoercibles, le ventre est ballonné, douloureux, le faciès péritonéal, le pouls serré et rapide, le hoquet continu complètent le tableau. T. 36°. 8 et 36°. 2 le soir. — Mort dans le coma avec 35°. 9, le 28 juin.

AUTOPSIE. — Elle permet de constater une péritonite purulente de tout le petit bassin et une péritonite adhésive avec fausses membranes récentes dans tout le reste de la cavité abdominale. Au niveau de la plaie, les adhérences sont complètes et la péritonite ne semble pas partir de ce point. Les poumons sont congestionnés aux deux bases.

Le rectum et l'S iliaque sont enlevés avec les parties molles qui les entourent et disséqués. On ne trouve nulle part trace de perforation de l'intestin, mais l'invagination a persisté. Environ 6 centimètres de l'S iliaque sont entrés dans le rectum, et la gouttière externe étrangle fortement la partie invaginée. Ces deux parties sont reliées par des fausses membranes récentes. Une traction énergique rompt

ces fausses membranes et redresse l'intestin. Ce dernier est normal.

La partie inférieure du rectum est incisée. La muqueuse est saine; environ à 6 centimètres, on trouve une tumeur du volume d'une grosse orange, tumeur pyriforme ayant son sommet implanté sur la partie inférieure de l'S iliaque.

Cette tumeur est mamelonnée, noirâtre, recouverte par la muqueuse qui se présente à ce niveau. Aucune ulcération. Elle est mobile et ressemble ainsi, pendue à la paroi rectale, à un battant de cloche.

L'orifice de la portion invaginée dans le rectum est situé tout à fait sur la partie latérale gauche et obstrué par la tumeur. On comprend ainsi que ni le doigt, ni aucun instrument n'ait permis de le découvrir, et cette situation s'explique par la traction latérale qu'exerçait le néoplasme en descendant. A l'ouverture de cette tumeur, on trouve une série de lobules graisseux jaunâtres, absolument semblables à ceux d'un lipome.

Nous avons fait l'*examen histologique* de cette tumeur par les procédés ordinaires (alcool, gomme. — Alcool, picrocarmin). Les coupes faites à différents niveaux nous ont montré partout un réseau conjonctif circonscrivant des cellules adipeuses en grand nombre, en un mot les éléments d'un lipome simple. La seule particularité digne de remarque était la vascularité très grande du néoplasme, les réseaux vasculaires circonscrivant presque chacune des vésicules adipeuses.

La muqueuse était saine, un peu vascularisée, et indépendante du néoplasme dont elle était séparée par une membrane conjonctive. Les autres tuniques étaient également normales.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous avons eu affaire à un lipome de l'intestin. Ces néoplasmes sont rares, cependant Virchow en cite un cas emprunté à Sangalli. Ces deux lipomes étaient pédiculés et avaient également provoqué une invagination intestinale. Castelain en rapporte un exemple dans lequel la masse fut éliminée dans une selle. Dans notre cas, le point de départ de la tumeur semble avoir été dans l'intérieur même de la paroi intestinale, dont elle a séparé les tuniques dans la couche sous-muqueuse. La succession des phénomènes s'explique facilement : néoplasme développé dans la paroi, descente de la tumeur dans le rectum et invagination de la paroi. Quant au diagnostic de

la nature du néoplasme, nous n'avons trouvé aucun caractère qui pût la faire prévoir.

Enfin, les causes de la péritonite sont ici multiples, et si on peut accuser l'anús de Littre, il faut tenir grand compte des manœuvres répétées pour redresser l'intestin. Ces manœuvres ont peut-être eu la plus large part dans l'évolution fatale des accidents.

20. Sclérose tubéreuse ou hypertrophie des circonvolutions;
par MM. BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Si l'on prenait plus particulièrement en considération les causes de l'idiotie, on verrait que plus souvent cette maladie est la conséquence de *lésions pathologiques*, résultant d'affections incomplètement étudiées de la première enfance. Ainsi, à côté des cas d'idiotie, dus à la *méningo-encéphalite chronique diffuse*, il est d'autres cas d'idiotie qui sont la conséquence d'une lésion peu connue, la *sclérose cérébrale tubéreuse ou hypertrophique*. En voici un nouveau spécimen.

OBSERVATION. — *Névropathes dans la famille. — Accouchement prématuré. — Asphyxie à la naissance. — Convulsions internes. — Idiotie congénitale. — Aggravation des convulsions. — Etat parétique. — Amélioration. — Balancement. — Bave. — Succion. — Cris nocturnes. — Accès de rires et de pleurs. — Caractères des accès convulsifs. — Examen physique : tête, tronc, etc. — Déformation du rachis. — Stomatite ulcéro-membraneuse. — Pneumonie. — Température hyperpyrétique (43°,4). — Mort.*

AUTOPSIE. — *Ilôts de sclérose tubéreuse ou hypertrophique; — caractères; — distribution. — Lésions des corps striés. — Lésions rénales. — Hépatisation pulmonaire.*

Boru..., Ernest, âgé de 5 ans et demi, est entré à Bicêtre le 12 avril 1881 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère. — Père, 35 ans, de bonne santé habituelle, assez intelligent; n'a jamais fait d'excès de boisson ni de tabac; est peu impressionnable et ne présente d'ailleurs aucun trouble névropathique. Pas d'autre maladie qu'une varioloïde. [Père bien portant, brocanteur. Un de ses frères a eu deux jumeaux bien constitués et valides. Mère morte à 56 ans, asthmatique,

atteinte de cyphose congénitale ; elle était sœur jumelle. Quatre frères et sœurs survivent : l'un d'eux est simple d'esprit, et trouve à peine à gagner sa vie aux travaux des champs ; il est d'un caractère violent, et s'emporte à la plus légère contrariété ; il lui est arrivé plusieurs fois de jeter divers objets sur les personnes qui l'irritaient. Pas d'autres cas d'affections mentales ou nerveuses dans la famille.]

Mère, 29 ans, anémique, très nerveuse, prompte à la colère, mais n'a jamais eu de crises, ni de migraines. Dans sa jeunesse, elle a eu quelques éruptions dartreuses aux jambes. [Père mort d'une affection gastro-intestinale aiguë ; non alcoolique ; a eu également pendant plus de 15 ans une éruption dartreuse aux jambes. Mère, morte subitement à 66 ans ; était très nerveuse. Quatre frères, actuellement bien portants ; trois sœurs dont une est sujette à de violents accès de migraine. Un oncle paternel ne put suivre les études d'un séminaire par « faiblesse d'esprit. » Une tante maternelle, sous l'impulsion d'un accès de folie « se sauva de chez ses parents, en chemise, dans le village » ; cet accès dura 3 ou 4 jours.] — Pas de consanguinité.

Sept enfants : 1° et 2° deux jumelles (1), mortes l'une à 20 jours, « de faiblesse », l'autre à six semaines, de convulsions internes ; 3° fille morte à 9 mois, de diarrhée cholériforme ; 4° notre malade ; 5° garçon mort à 11 mois, de diarrhée ; 6° garçon âgé de 3 ans et demi ; 7° fille, de 17 mois, ces deux derniers bien portants.

Notre malade. Grossesse bonne, sauf une émotion brusque, causée par un éclat de tonnerre vers le sixième mois, à l'occasion de laquelle elle fut prise d'un fort tremblement qui dura près d'une demi-heure. Pas d'alcoolisme, ni de chutes, etc. L'accouchement, facile, naturel, se fit trois semaines avant terme. A la naissance, l'enfant était cyanosé sans cause appréciable : ni circulaire du cordon, ni séjour prolongé au passage ; cet état se prolongea 20 minutes et ne céda que grâce à la saignée du cordon et à la flagellation.

Jusqu'à 17 mois, le petit malade fut élevé en nourrice ; vers la sixième semaine, on commença à « s'apercevoir qu'il n'était pas ordinaire » et qu'il avait déjà quelques convulsions internes, limitées aux yeux. Il était impossible de fixer et même d'attirer son attention ; l'enfant restait distrait, le regard vague, et ne répondait ni aux soins, ni aux caresses. Dans son sommeil, il se réveillait parfois en sursaut avec

(1) Bien que l'influence de l'hérédité au point de vue des grossesses gémellaires ait déjà été étudiée, nous avons soin de relever cette particularité dans nos observations.

un mouvement brusque, tandis que ses yeux se convulsaient en haut; cet état durait 3 ou 4 secondes. D'autres fois, en tétant, une secousse rapide lui faisait abandonner le sein qu'il reprenait quelques secondes après. Vers deux mois et demi, les *convulsions*, plus nettes, *commencèrent à se généraliser*; l'enfant restait immobile, le regard fixe, les poings fermés, le corps roide, sans mouvements cloniques et sans prédominance unilatérale; souvent, aussi, il y avait du grincement des dents. — A sept mois, il fut traité par M. Bouchut (bains, valérienate de Pierlot; teinture de musc; plus tard, phosphate de chaux). Jusqu'à ce jour, les crises ont persisté avec des variations de fréquence et d'intensité; elles se reproduisaient au nombre de 7 ou 8 par jour, jusqu'à 15 mois; depuis, elles se sont réduites à une par jour en moyenne, avec un intervalle de 4 ou 5 jours de répit comme maximum.

Tandis que, se développait l'enfant on constatait des troubles de la motilité. A deux ans, il ne pouvait élever les mains à la hauteur du vertex; en même temps, la tête, mal soutenue par les muscles cervicaux, pendait inerte dans la station assise et ne pouvait se soulever spontanément sur l'oreiller. A quatre ans, cet *état parétique* des bras et du cou avait totalement disparu, et « la tête ne ballotait plus. »

État actuel (avril 1881). L'enfant ne peut se tenir debout et marcher que soutenu par la main. Son attitude habituelle est la station assise; fréquemment il se *balance* (1) sur sa chaise, le plus souvent d'avant en arrière. Il porte presque continuellement les mains à la bouche, principalement la droite, et se mordille les doigts; d'autrefois, il suce la manche de son vêtement; par moments encore, il regarde le creux de sa main et semble s'y mirer. Le malade n'a jamais cessé d'être gâteux; il est d'une très grande salacité et mange ses matières fécales. — Les *fonctions digestives* sont bonnes; cependant il y a un abondant écoulement de bave par la bouche, et les poussées de diarrhée ne sont pas rares. — Le *sommeil* est bon; quelquefois néanmoins l'enfant pousse des cris, la nuit, et ces cris, au dire de la mère, se reproduisent sous forme d'accès durant 15 à 30 minutes, avec des intervalles; ils viennent surtout sous l'influence des temps orageux.

Comme état général, en outre du défaut de développement physique, on trouve de nombreuses manifestations de

(1) On sait que c'est là un tic fréquent chez les idiots; — à côté du balancement, notons le *tournolement*.

scrofule : croûtes impétigineuses du cuir chevelu; adénopathies cervicales multiples, etc.

Le malade voit et entend nettement; on ne peut avoir de renseignements précis sur l'état de l'odorat; il paraît content lorsqu'on lui frotte la tête, mais donne des signes d'impatience au bout de quelques minutes. Sans motif appréciable, il a parfois des *accès de rire*, d'autrefois de *pleurs*. Il ne se livre à aucune espèce de jeu et semble tourmenté par le bruit que font autour de lui les autres malades.

Les accès sont uniquement constitués par la raideur tétanique. Le début s'annonce par une secousse brusque soulevant le corps; le regard est fixe, la paupière reste immobile, parfois le visage se colore légèrement. Puis, le corps reste en état de tétanisme généralisé, sans prédominance unilatérale; enfin, dans un laps de temps variant de 20 secondes à une minute au maximum, survient la résolution et le malade s'endort.

Examen physique (juillet 1881). Le corps est notablement émacié. La peau du visage présente de nombreuses rides, avec une teinte pâle: il existe quelques productions de nature verruqueuse sur les joues. Le regard est atone; les pupilles sont normales.

Crâne. Léger aplatissement de la région occipitale, avec prééminence des bosses pariétales. Le front est bas, étroit, et se rejoint au vertex suivant une surface déprimée. La région pariétale gauche est plus bombée en avant que la région correspondante de droite. La face et les oreilles sont symétriques. Les arcades dentaires, bien rangées, sont recouvertes d'un épais enduit de tartre et, au niveau de leurs extrémités, on observe des ulcérations de la muqueuse des joues, recouvertes d'un détritüs pultacé, jaunâtre.

Tronc. Il existe une légère déviation du rachis à la région dorsale constituée par une exagération de la convexité à droite. Le thorax est aplati et asymétrique par suite de la saillie des fausses côtes du côté gauche.

Le testicule gauche seul est descendu; on ne sent pas le droit à la région inguinale. Par suite de l'état de gâtisme, les fesses et la partie supérieure des cuisses sont le siège d'un *érythème chronique*; au moment de l'examen, on trouve même quelques ulcérations à ce niveau, d'un diamètre variant de 1 millimètre à 1 centimètre.

Mai. Double conjonctivite (collyre au nitrate d'argent).

28 mai. *Stomatite ulcéro-membraneuse* (collutoire à l'acide phénique et jus de citron); potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque.

5 juillet. Dans la journée, le malade présente quatre cri-

ses d'une intensité au-dessus de la moyenne. Dans l'intervalle se produisent de fréquentes secousses épileptiques aux bras et à la face, prédominant à droite. Le soir, à huit heures, nous trouvons l'enfant dans le *collapsus*; la température rectale prise successivement avec plusieurs thermomètres à maxima s'élève à 43°.4. Mort à 1 heure du matin, dans le coma, sans accès épileptiques, ni convulsions. T. R. *post mortem* : 43°.

AUTOPSIE 30 heures après la mort. — *Thorax*. Le *poumon* gauche est un peu affaissé dans son lobe supérieur, et légèrement congestionné à sa partie inférieure. Le *poumon* droit présente à sa surface, au niveau de la partie postéro-inférieure, une plaque arrondie, de la largeur d'une pièce de 2 francs avec une teinte rougeâtre; le parenchyme est ramolli sur une faible épaisseur à ce niveau. Le reste du lobe offre la lésion d'une *pneumonie* franche au début; le tissu ne crépité plus, est friable sous le doigt mais surnage encore. Les lobes supérieur et moyen sont sains. — *Cœur* 120 gr.; caillots fibrineux passant de l'oreillette dans le ventricule droit; rien à gauche.

Abdomen. — *Foie*, 530 gr., normal; — *Rate*, 40 gr., saine. *Estomac*. Il existe quelques ecchymoses sous-muqueuses au voisinage du cardia. L'*intestin*, ainsi que la *vessie*, sont sains. — *Reins*, égaux en poids (60 gr.). Le gauche présente sur sa face antérieure plusieurs kystes séreux, transparents, lenticulaires; à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, on trouve une *tumeur* en saillie, du volume d'un œuf de pigeon, de consistance ferme et d'une teinte blanc-jaunâtre avec des arborisations vasculaires réparties à sa surface; à ce niveau, la capsule est très adhérente. D'autres petits noyaux, de même aspect, se voient vers l'extrémité supérieure de l'organe, sur la même face. La coupe du rein décèle l'existence de nombreux kystes citrins du volume moyen d'un grain de chènevis et disséminés dans les deux couches du parenchyme, qui se montre anémié. Le noyau principal présente à la coupe un tissu diffus de teinte vineuse, dont les parties profondes sont particulièrement ramollies; à la périphérie, il existe une couche encore résistante, d'aspect lardacé. Les deux autres tumeurs, de volume moindre, n'offrent pas trace de ramollissement et affectent une disposition cunéiforme. Sur le *rein droit*, la décortication est assez faible et permet de constater l'existence de nombreux kystes séreux. Sur le bord convexe, vers le tiers moyen, on découvre une tumeur de même aspect que du côté opposé, du volume d'une noisette.

Au-dessus existe un kyste séreux, ayant les dimensions d'un haricot, dont la paroi est formée par des travées fibreuses blanchâtres et vasculaires. La coupe du rein met à découvert quelques kystes séreux lenticulaires et disséminés, moins nombreux que du côté gauche.

Tête. La base du crâne est régulière et symétrique : la calotte crânienne présente les déformations constatées sur le vivant.

Encéphale : 1230 gr. Les différentes régions de la base, ainsi que les artères, sont normales. — *Cervelet et isthme :* 170 gr. La *protubérance*, les *pyramides* et les *olives* sont absolument saines, tant à la surface qu'à la coupe. — Les deux *hémisphères cérébelleux* sont égaux et sains ; toutefois à leur niveau la *pie-mère* est injectée.

Hémisphères cérébraux. A leur surface se montrent en saillie de nombreux *îlots de sclérose tubéreuse*, remarquables par leur aspect lisse et uni, et leur teinte blanche, leur forme généralement arrondie. Le toucher permet également de les reconnaître et de les circonscrire grâce à la résistance qu'ils offrent sous le doigt. A leur niveau, la décortication de la *pie-mère* est très facile, au contraire de ce qui a lieu pour les circonvolutions de voisinage.

Hémisphère gauche. Les îlots de sclérose sont distribués de la façon suivante : trois à la partie antérieure et moyenne de la première frontale ; — un à la partie moyenne de la deuxième frontale ; et un à la racine de cette même circonvolution ; — un sur la frontale ascendante ; — un sur la partie postérieure de la troisième circonvolution temporo-sphénoïdale : — la partie antérieure des deuxième et troisième temporo-sphénoïdales est englobée dans un îlot ; noyau volumineux sur la face convexe du lobe occipital ; — un sur le lobe pariétal supérieur ; — un à la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux ; — trois à la surface interne de la première frontale.

Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté. Il existe 8 ou 10 îlots sur le corps opto-strié, disposés transversalement de façon à recouvrir toute la largeur du noyau caudé et le sillon qui le sépare de la couche optique. Au fond du ventricule, sur la paroi externe se voient de larges arborisations vasculaires.

Hémisphère droit. Il n'existe pas de lésions sur les circonvolutions orbitaires. Les différents îlots de sclérose, de même aspect que du côté opposé, sont répartis comme suit :

a) *Face convexe :* deux îlots voisins, séparés par une anfractuosité, au niveau du crochet de la 3^e frontale ; un

ilôt à la partie antérieure de la 2^e frontale; sur les deux tiers postérieurs de la 1^{re} frontale, vaste noyau, presque plan, assez régulièrement arrondi et d'un diamètre de 3 centimètres, en avant duquel se trouvent deux îlots plus petits; sur la frontale ascendante deux nodosités indurées; sur le lobule pariétal supérieur, îlot volumineux, séparé par une scissure nette du lobule pariétal inférieur également sclérosé en partie. L'induration s'étend jusqu'à la lèvre postérieure du sillon de Rolando qu'elle envahit; sur le lobule du pli courbe, noyau plan, arrondi, de 2 à 3 centimètres de diamètre; îlot assez gros sur l'extrémité postérieure de la 1^{re} temporo-sphénoïdale, bordant l'angle de la scissure de Sylvius; — un autre sur la 2^e temporo-sphénoïdale; — un dernier sur la corne occipitale.

b) *Face interne* : Un petit noyau sur la partie moyenne de la 1^{re} frontale; un à cheval sur le bord de l'hémisphère, répondant à la scissure de Rolando; un sur le lobule paracentral et un sur le lobule lingual.

Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté; on aperçoit cinq ou six noyaux allongés, d'aspect grossièrement godronné sur la tête du noyau caudé. Il n'en existe ni sur la queue de ce noyau, ni sur la couche optique.

REFLEXIONS. — Cette observation nous a paru digne de remarques à différents points de vue. Au mois de février dernier, nous avons eu occasion de présenter à la Société anatomique un cas de sclérose tubéreuse hypertrophique absolument identique à celui dont il s'agit ici. Dans les deux cas, même disposition des îlots, même localisation à la couche corticale des circonvolutions et au corps strié, même intégrité du reste de l'encéphale. De plus, par une coïncidence plus remarquable encore, le rein s'est trouvé le siège de tumeurs kystiques et solides de même aspect et, selon toute évidence, de même nature dans les deux cas.

Grâce aux recherches de M. Brissaud (*Archives de Neurologie*, n° 3), on connaît aujourd'hui la nature histologique de cette néoplasie cérébrale. Les noyaux tubéreux ne sont autre chose que le résultat d'un travail de prolifération conjonctive, englobant dans sa gangue pour les atrophier et les détruire, les éléments cellulaires et tubulaires de la couche corticale et secondairement une partie de ceux de la substance blanche.

A côté de la netteté macroscopique et de la similitude des lésions qu'on a pu trouver jusqu'ici en pareil cas, nous

devons signaler la rareté de cette affection. Quatre cas seulement paraissent seulement avoir été publiés jusqu'ici : le premier a été recueilli par l'un de nous à la Salpêtrière; les trois autres dans le service des enfants idiots de Bicêtre.

Il est aisé de concevoir les difficultés que présente jusqu'ici le diagnostic d'une telle affection, puisqu'il était impossible de l'asseoir sur des données cliniques antérieures, en même temps qu'il rencontrait un obstacle sérieux dans l'état d'idiotie des malades.

Néanmoins nous avons pu, par l'observation attentive des phénomènes physiques qu'a présentés ce cas, sinon affirmer, du moins soupçonner l'existence d'une *sclérose hypertrophique*. Entré comme épileptique dans nos salles, notre malade n'offrait en somme, à part la roideur tétanique, aucun des signes de l'épilepsie : pas d'aura, pas de cri initial, jamais de secousses cloniques; de plus la pâleur du visage, la respiration stertoreuse, etc., n'ont jamais été notées.

Enfin, c'est en mettant l'ensemble symptomatique, en regard de celui que nous avons observé dans les cas précédents, et en tenant compte de l'état parétique des membres et du cou, vraisemblablement concomitant du début de l'affection, que nous avons pu songer à la sclérose hypertrophique, hypothèse qu'est venue confirmer l'autopsie.

21. M. RECLUS montre un cas d'*hyperostose du tibia et du péroné développé sous un ulcère de jambe*.

22. *Carcinose généralisée des os à la suite d'un noyau carcinomateux non ulcéré du sein*; par le Dr CH. FIRKET, assistant de l'Université de Liège.

La nommée L..., Marie-Anne, âgée de 65 ans, entre le 10 décembre 1880 dans le service de Clinique médicale de M. le professeur MASius, à l'hôpital de Bavière, à Liège. Elle sedit malade seulement depuis quatre semaines; à cette époque, elle avait subitement ressenti des douleurs dans le dos et les jambes, douleurs qui se sont ensuite mieux localisées à la jambe gauche, puis dans la hanche et la cuisse droites. Cette femme n'a d'ailleurs jamais souffert de rhumatisme, et encore l'examen des articulations ne révèle rien d'anormal.

La malade n'accuse pas de troubles circulatoires, pas de

palpitations, mais l'examen méthodique du thorax fait reconnaître un peu d'augmentation de la matité cardiaque dans le sens transverse; l'auscultation fait entendre un souffle systolique, se prolongeant dans les carotides, et d'autres souffles, également systoliques, aux divers foyers d'auscultation du cœur, mais on ne perçoit pas de renforcement du ton diastolique de l'artère pulmonaire. Le pouls est accéléré, dépressible, assez large; les artères sont manifestement athéromateuses.

La respiration est assez peu distincte sous les clavicules, mais on entend à ce niveau les bruits du cœur propagés. Sous l'influence d'un liniment au chloroforme, les douleurs diminuèrent sensiblement; mais, vers le milieu de janvier 1881, on vit apparaître de l'œdème aux membres inférieurs, l'auscultation du cœur continuait à faire entendre un bruit de souffle systolique à tous les orifices, souffle plus rude à la pointe et surtout au foyer d'auscultation de l'aorte, le renforcement du second ton pulmonaire était devenu bien appréciable.

En même temps, sans que la malade eût accusé aucune douleur de ce côté, on reconnut l'existence dans le sein gauche d'une tumeur dure, encore mobile, mais dont l'engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires trahissait assez la nature carcinomateuse. L'état général restait d'ailleurs à demi satisfaisant; le teint était terreux, mais non vraiment cachectique.

L'appareil digestif fonctionnait assez bien; jamais on ne vit se produire de vomissements, jamais de douleur à l'épigastre, ni dans l'abdomen; on observa seulement une diarrhée modérée (trois ou quatre selles liquides par jour), mais très persistante, n'ayant d'ailleurs présenté aucune autre particularité, notamment pas de sang dans les selles; le ventre était ballonné, mais libre de tout liquide ascitique.

Cet état se maintint pendant deux mois environ, la faiblesse allant d'ailleurs en augmentant; la bronchite qui s'était montrée aux deux bases parut se compliquer de noyaux pneumoniques, surtout à gauche, mais ces lésions se dissipèrent.

Enfin, du côté du système nerveux, l'observation ne fit rien remarquer: ni céphalgie, ni troubles de la sensibilité ou de la motilité. Seulement, vers la fin de février la malade tomba dans un état de somnolence profonde, dont il devint bientôt impossible de la faire sortir, même pour un instant, et elle finit par succomber le 3 avril 1881, dans un coma absolu. La température était restée jusqu'au dernier jour absolument normale.

AUTOPSIE, pratiquée le 5 avril, à 8 heures du matin. — Elle nous donne les résultats suivants. Le corps est fortement amaigri. La peau est le siège d'une desquamation pityriasique. Le *sein gauche*, petit, présente à la partie supérieure et externe une nodosité du volume d'un marron, un peu aplatie, mobile sur les couches profondes, et tenant à la peau sans y adhérer intimement; il n'existe pas d'ulcération. Incisée, cette nodosité se montre constituée par un tissu d'un blanc pur, ferme, résistant, d'apparence carcinomateuse. Le paquet des ganglions axillaires est tuméfié, et le tissu ganglionnaire présente en beaucoup de points les mêmes caractères que le néoplasme du sein.

Les *téguments crâniens* ne présentent rien d'anormal et se détachent aisément. A première vue, les *os de la voûte crânienne* ne paraissent pas présenter d'altération : toutefois, en regardant de plus près, on voit qu'à la partie moyenne du pariétal gauche la table interne de l'os a disparu sur une surface d'un centimètre carré environ; elle est remplacée par un tissu mou, d'un blanc pur, qui se laisse aisément déprimer et pénétrer par la pointe du couteau; ce néoplasme, d'ailleurs, ne fait nullement saillie dans la cavité crânienne; il n'existe aucune trace de *fungosité* carcinomateuse, le tissu nouveau s'arrête exactement au niveau de la table interne de l'os, et n'adhère pas à la dure-mère. La table externe est conservée, mais le néoplasme s'est étendu dans le diploé bien au delà des limites apparentes; en avant, notamment, le diploé est fortement envahi, et de là le cancer entame la table interne de l'os, qui apparaît déjà criblée de petits trous; à ce niveau, l'os aminci présente une coloration violacée, qui tranche sur la couleur jaunâtre des parties saines. Plusieurs taches violacées analogues apparaissent à la région pariétale, surtout à gauche; et aussi, mais en moins grand nombre, sur la moitié gauche du frontal. En tous ces points, les tables osseuses sont conservées, et la calotte crânienne, vue par sa face externe, ne trahit aucunement ses altérations.

Mais, à l'angle supérieur de l'occipital et à la partie inférieure des pariétaux, les os sont envahis dans toute leur épaisseur : le néoplasme s'étend jusqu'à la dure-mère, à laquelle il reste adhérent quand on cherche à détacher cette membrane.

La *dure-mère* elle-même est le siège d'une pachyméningite interne, occupant seulement la convexité, aux points précisément où la méninge fibreuse était absolument respectée par le carcinôme des os de la voûte. La néo-membrane méningitique est d'ailleurs très délicate, mais se dé-

tache aisément par grands lambeaux ; elle présente une vascularisation très prononcée, mais, nulle part, il n'existe de trace d'hématome.

La *pie-mère*, un peu opalescente çà et là le long des vaisseaux, est légèrement oedématiée, mais se détache aisément de l'écorce cérébrale. A la base du cerveau, les vaisseaux présentent des lésions assez étendues (athéromasie et sclérose), avec çà et là un peu de dilatation.

Les *ventricules du cerveau* contiennent un peu plus de sérosité qu'à l'état normal. La coupe du *parenchyme cérébral* ne révèle pas d'altération localisée, mais seulement de l'anémie.

Le *sternum* est le siège d'une fracture de la partie moyenne, avec déplacement du fragment supérieur en bas et en arrière ; l'os, dans son ensemble, est d'ailleurs épaissi et parsemé de nodosités blanches d'apparence carcinomateuse.

Le *cœur*, flasque, présente une coloration jaunâtre du myocarde ; la *valvule mitrale* est le siège de plusieurs petits foyers de dégénérescence graisseuse, s'étendant même vers les cordages tendineux, mais sa flexibilité ne paraît pas modifiée. Les *valvules aortiques* sont un peu épaissies, mais nullement calcifiées ; les deux lambeaux antérieur droit et postérieur sont soudés entre eux sur une étendue de quelques millimètres. Toutefois, l'épreuve par l'eau permet de constater que ces valvules sont encore suffisantes.

En effet, l'*orifice aortique* est manifestement rétréci par le fait d'une incrustation calcaire de l'anneau fibreux ; cette altération, combinée à la dégénérescence graisseuse, s'étend immédiatement au-dessus des valvules, à toute l'épaisseur des parois du vaisseau, qui, jusqu'à la crosse, est transformé en un cylindre dur, absolument dépourvu de toute flexibilité. Ces lésions s'étendent, plus ou moins prononcées suivant les points, à toute la longueur de l'aorte et à plusieurs de ses branches.

Les *poumons* présentent des lésions multiples. Les sommets, bridés par quelques adhérences conjonctives anciennes, renferment, surtout à gauche, de petites granulations tuberculeuses, discrètes d'ailleurs mais déjà caséuses ; autour d'elles, le parenchyme pulmonaire est induré par de la pneumonie interstitielle.

Sous la plèvre, on trouve çà et là des plaques d'un blanc pur, formant une légère saillie, et dont le tissu, manifestement carcinomateux, s'enfonce à quelques millimètres seulement dans la substance du poumon ; ces lésions paraissent avoir leur point de départ dans les lymphatiques sous-

pleuraux ; elles sont un peu moins nombreuses à la surface du poumon droit. Il n'existe d'ailleurs pas de nodosités carcinomateuses dans la profondeur du parenchyme pulmonaire.

Enfin, comme lésion récente, on note, du côté droit, de l'hyperémie, modérée d'ailleurs en raison de l'anémie générale, mais s'accompagnant d'un peu d'œdème dans les parties déclives. A gauche, il existe un véritable engouement de la base, avec quelques légers dépôts fibrineux à la surface de la plèvre. Les cavités pleurales ne contiennent d'ailleurs pas de liquide anormal. Mais, sur la plèvre pariétale du côté droit, et spécialement sur la plèvre diaphragmatique, on trouve une série de petites nodosités arrondies ou un peu aplaties en forme de lentille, formées d'un tissu blanc pur.

La rate présente seulement l'épaississement des cloisons fibreuses fréquent chez les vieillards. Les reins sont petits, surtout le droit ; la substance corticale présente un certain degré d'atrophie sénile ; de plus, dans le rein gauche, on trouve les restes de plusieurs infarctus anciens. Enfin, des deux côtés, on voit dans la substance corticale quelques petites nodosités manifestement tuberculeuses. L'estomac est le siège d'un catarrhe chronique. L'intestin est pâle : à 10 centimètres en amont de la valvule de Bauhin, on trouve une ulcération isolée, présentant tous les caractères des ulcérations tuberculeuses. Dans le colon transverse existe un petit polype muqueux. Les anses intestinales sont bridées par des adhérences nombreuses et anciennes, sans qu'il y ait d'ailleurs de liquide dans la cavité abdominale.

Il en est de même du foie, qui, de plus, présente des altérations considérables ; l'organe est volumineux, parsemé d'innombrables nodosités carcinomateuses, en général petites, les plus volumineuses atteignant seulement les dimensions d'une petite noisette. Le tissu de ces tumeurs est blanc, offre quelquefois au centre, surtout dans les plus grandes, une zone rougeâtre, comme hémorrhagique. L'utérus est fléchi, presque tordu à gauche. Rien à noter aux autres organes du petit bassin.

L'examen du système osseux fournit des résultats intéressants ; les os ont été sciés sur toute leur longueur.

Toutes les vertèbres sont le siège d'une infiltration carcinomateuse, mais aucune ne présente de déformation ni d'altération visible à l'extérieur. Le sacrum est également envahi. Il en est de même des côtes, et, nous l'avons vu, du sternum, qui seul est fracturé. Les os des membres présentent aussi des altérations analogues. Aux membres supé-

rieurs, les deux clavicules, les deux omoplates, les deux humérus sont atteints : l'humérus gauche, cependant, ne montre sur toute sa longueur qu'un seul petit noyau, du volume d'une noisette, à la partie moyenne de la diaphyse; l'humérus droit contient de nombreuses nodosités, tant dans la diaphyse que dans la tête osseuse, mais pas à l'extrémité inférieure. Les cubitus et les radius ne présentent pas d'altération appréciable.

Les os du bassin sont malades : l'os iliaque droit surtout est fortement infiltré de carcinôme. Le fémur gauche est le siège de plusieurs tumeurs occupant surtout sa partie supérieure, le col, une partie de la tête et la région trochantérienne. Le fémur droit contient de nombreuses tumeurs disséminées sur toute la longueur de l'os. Les tibias et les péronés n'en présentent pas.

Toutes ces tumeurs occupent la moelle osseuse et de préférence la périphérie du canal central des os longs, s'arrêtant à la face profonde de la substance compacte, sans que nulle part celle-ci soit perforée. Sauf au niveau du sternum et peut-être de l'os iliaque droit épaissi, aucune modification dans la forme ou la consistance générale des os n'attirait l'attention vers ces parties.

L'examen *microscopique* de la tumeur du sein et des nodosités du foie et des os en a révélé nettement la nature carcinomateuse. Notons que, dans le sein, on trouvait de nombreux points de calcification, tant dans le stroma-conjonctif qu'au sein des masses cellulaires remplissant les alvéoles; les dépôts calcaires sont en général très petits, çà et là, cependant, ils forment des grains du volume d'une petite tête d'épingle. Cette altération semblerait indiquer une lésion assez ancienne; cependant, à côté des points calcifiés, on trouve des alvéoles assez grands contenant de nombreuses cellules à grands noyaux bien apparents, dont le protoplasme, peu granuleux, paraît encore jeune. Il semble donc qu'on ait affaire à une tumeur déjà ancienne qui, dans les derniers temps, aurait présenté une poussée formative plus aiguë.

L'examen de la néomembrane pachyméningitique nous a montré aussi, à côté du tissu ordinaire, très vascularisé, de nombreux grains de psammonies parfois pédiculés, formés de couches concentriques, et entourés de cellules aplaties comme les figure le *Traité d'Histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier (2^{me} édition p. 167).

RÉFLEXIONS. — En présence d'une carcinose généralisée telle que nous l'avons ici, le premier point à établir est la

détermination de la tumeur primitive : or, les renseignements cliniques ne nous permettraient pas de résoudre immédiatement cette question, et pourraient laisser croire un instant que la lésion osseuse s'est développée la première. On a décrit, en effet, des cancers primitifs des os, et notamment des vertèbres ; parfois même la lésion a paru se généraliser d'emblée à une grande partie du système osseux ; c'est ce qui résulte des travaux de Foerster (1). Volkmann (2), Siedhoff (3), etc. ; les Bulletins de la Société anatomique renferment aussi la description de plusieurs cas de cancer primitif de la colonne.

Mais, dans l'immense majorité des observations, le carcinome des os est secondaire, et, dans certains cas considérés comme primitifs, un examen bien complet des viscères aurait peut-être fait reconnaître quelque lésion plus ancienne de tel ou tel organe. Le cancer du sein est tout spécialement le point de départ de ces carcinomes osseux, et certainement ici la tumeur du sein doit être considérée comme primitive. Que de fois, en effet, ces carcinomes indolents ne passent-ils pas inaperçus pendant une période souvent très longue ! Ici même, malgré le volume de la tumeur, malgré la tuméfaction déjà considérable des ganglions, la malade ne renseignait pas cette altération, qu'elle avait à peine remarquée.

Tous les auteurs signalent la fréquence des noyaux carcinomateux dans les vertèbres à la suite des vieux cancers du sein (Tripier (4), Cornil et Ranvier (5), Duplay (6), etc.) Les récentes recherches statistiques (A. Von Winnivarter (7), ont pleinement confirmé cette opinion, et voici la conclusion à laquelle arrive le savant professeur de l'Université de Liège, dans la dernière édition qu'il a publiée de la *Pathologie chirurgicale* de Billroth : « La localisation des tumeurs secondaires consécutives au cancer du sein

§ (1) Foerster. — *Wurtzburger medicinische zeitschrift*, 1861.

(2) Volkmann. — *Archiv. für pathol. Anatomie*.

(3) Sudhoff. — *Inaugural Dissertation*. Erlangen, 1875.

(4) L. Tripier. — *Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paralysie douloureuse*, 1867.

(5) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histol. path.*, 2^e éd., p. 423.

(6) Follin et Duplay. — *Pathologie externe*, t. V., p. 643.

(7) Alex. von Winnivarter. — *Beitäge zur statistik der carcinome*, 1878.

présente une régularité remarquable : la plèvre, le foie, les os, le cerveau en sont les sièges les plus fréquents. » Parmi les os, l'auteur cite d'abord les côtes correspondant au sein malade, puis, mais déjà moins fréquemment, ce sont les vertèbres qui sont atteintes, plus rarement encore les os des extrémités, spécialement l'humérus et le fémur.

Cette localisation nous la retrouvons exactement dans le cas qui nous occupe. Signalons spécialement, ici, l'extension des altérations aux os du crâne et la distribution des néoplasmes secondaires dans les os des extrémités : des deux côtés, les os des ceintures osseuses des membres sont envahis, ainsi que l'os principal du membre lui-même, humérus ou fémur ; les os des avant-bras et des jambes, au contraire, sont respectés. De plus, c'est la partie supérieure des os, la plus rapprochée de la racine des membres, qui est d'abord le siège des lésions, et j'ai retrouvé cette particularité dans les comptes rendus de plusieurs autopsies. On dirait vraiment que la carcinose partant du tronc envahit les divers os, étape par étape, dans un ordre de succession régulier. Mais, en l'absence de toute lésion articulaire, de toute continuité véritable dans les lésions, la constatation de ce fait ne nous fournit aucune explication de la marche du processus. On a bien pu attribuer une influence considérable à la lenteur du cours du sang, dans la moelle osseuse, favorisant le dépôt et le développement ultérieur des éléments infectieux partis de la tumeur primitive ; la même cause servait à expliquer les lésions du foie, si fréquentes dans ces carcinoses généralisées. Toutefois cette explication, toute vraisemblable qu'elle paraisse, ne nous rend pas compte de la distribution des lésions dans le système osseux ; elle n'explique pas non plus l'intégrité très fréquente de la rate, ou la circulation sanguine est également ralentie. Il y a encore plus d'une inconnue à résoudre dans le problème de la généralisation des tumeurs.

Notre malade, nous l'avons vu, était atteinte d'une pachyméningite interne : la fréquence de cette lésion chez les cancéreux a été signalée par Huguenin (1), et cela indépendamment de toute altération des os du crâne. Aussi, n'y

(1) Huguenin. — *Acute und chronische Entzündungen des Gehirns und seiner Haute*, dans le *Manuel de Ziemssen*.

a-t-il pas lieu d'y voir forcément un effet d'une irritation produite par les lésions de la voûte crânienne, d'autant plus, qu'au niveau de la néo-membrane, la dure-mère était libre de toute adhérence, avec les os envahis par le carcinôme.

Une autre particularité à noter, c'est la coexistence, chez notre malade, du carcinôme et du tubercule. L'antagonisme absolu que Cruveilhier et Rokitansky avaient voulu établir entre ces deux ordres de tumeurs a été infirmé, depuis longtemps déjà, par de nombreuses autopsies ; mais, il resterait à établir, s'il s'agit d'une tuberculisation développée chez la malade déjà en puissance de carcinose, et à la suite de l'affaiblissement cachectique, ou si c'est simplement un reliquat d'une affection ancienne arrêtée dans son évolution. Ici, c'est cette dernière opinion qui nous paraît la plus probable, en raison surtout des signes de pneumonie interstitielle indurative qui se montraient autour des nodules tuberculeux des deux sommets.

Enfin, au point de vue clinique, il est à remarquer que la malade n'a nullement présenté cet ensemble de symptômes, fréquent dans le cancer du rachis, que Cruveilhier a désigné sous le nom de *paraplégie douloureuse des cancéreux*. Ici, les douleurs seules ont trahi l'invasion du néoplasme dans les os, tandis que la tumeur primitive restait indolente ; mais, ces douleurs, à l'inverse de ce qu'on observe souvent dans ces cas, ont cédé assez aisément aux moyens thérapeutiques ordinaires ; et nous n'avons observé ni hyperesthésie cutanée, ni parésie, ni aucun de ces troubles trophiques (zona, etc.), que l'on rencontre souvent dans la paraplégie douloureuse. Cela tient à ce que les vertèbres, bien que profondément altérées, n'avaient pas subi de déformation capable d'amener une compression des racines nerveuses ; et l'on sait, par les travaux de M. le professeur Charcot (1), que cette compression est la cause déterminante des symptômes de la paraplégie douloureuse. Il n'y avait pas davantage de compression de la moelle, et ce cas offre un exemple bien net de phénomènes douloureux dus à la seule excitation des filets nerveux des os.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. II, p. 101 et suiv..

23. Fracture de la clavicule compliquée de déchirure de la veine sous-clavière. — Opération. — Mort par hémorrhagie et entrée de l'air dans les veines ; par M. G. MAUNOURY.

Le 30 novembre 1880, à 7 heures du soir, un homme âgé de 59 ans, fit, en courant, une chute sur l'épaule droite. Il ressentit tout à coup une douleur extrêmement vive dans cette épaule et faillit tomber en syncope. Je le vois une demi-heure après l'accident. Il existe alors une déformation considérable de l'épaule droite et des régions voisines ; le creux sus-claviculaire est remplacé par une grosse bosse arrondie, dure au palper, et recouverte par une peau très tendue, froide et marbrée d'ecchymoses bleuâtres. Cette tumeur sus-claviculaire déborde de tous côtés la région ; en haut, elle s'élève jusqu'à la région parotidienne ; en arrière, elle s'étend dans la fosse sus-épineuse ; en avant, elle se prolonge sur la partie supérieure de la région pectorale et la partie antérieure du moignon de l'épaule. Cette tumeur est le siège de douleurs extrêmement vives, elle n'est pas pulsatile, on y entend un léger bruit de souffle intermittent, isochrone au pouls.

Le gonflement ne permet de sentir la clavicule en aucun point ; toutefois, pendant l'examen, j'ai senti une crépitation osseuse très nette. Le membre supérieur pend inerte le long du tronc, il est complètement paralysé ; il existe une anesthésie complète de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras ; en outre, plusieurs départements cutanés du membre de l'épaule sont également insensibles. Les veines sous-cutanées du membre sont dures et gonflées. On ne sent pas de pulsations radiales de ce côté. L'articulation de l'épaule est intacte.

Il est évident que nous avons là une fracture de la clavicule avec épanchement sanguin considérable venant, au moins en grande partie, de la veine sous-clavière. Mais, quel est l'état de l'artère sous-clavière et du plexus brachial ? Quels sont les rapports de cette artère et de ce plexus avec les fragments osseux ? Le gonflement excessif ne permet pas de répondre.

La conduite à tenir me paraît assez difficile à déterminer. D'une part, l'intervention peut donner lieu à une hémorrhagie foudroyante ; d'autre part, en attendant, nous pouvons craindre de voir l'épanchement sanguin rompre sa digue aponévrotique et devenir brusquement sous-cutané, c'est-à-dire mortel. La peau distendue ne pourrait supporter sans menace de sphacèle un bandage compressif

qui, d'ailleurs, serait parfaitement insuffisant. Après consultation avec deux de mes confrères, nous décidons d'attendre jusqu'au lendemain sans rien faire.

Le lendemain matin, l'état des choses s'est notablement modifié: les douleurs ont diminué; le pouls radial est revenu, mais encore très faible, il est isochrone à celui du côté sain; le membre est encore complètement paralysé, mais, loin d'être refroidi, il est plus chaud que le membre sain. La tumeur due à l'épanchement est aussi tendue qu'hier, l'infiltration sous-cutanée a augmenté ainsi que les ecchymoses de la peau; on s'aperçoit pour la première fois que cette tumeur est animée de battements isochrones à ceux du cœur; l'auscultation donne un bruit de soufflé doux continu, avec renforcement intermittent isochrone au pouls.

La question du traitement se pose de nouveau, et l'intervention est décidée. Je pratique cette opération à dix heures du matin. Chloroforme. Incision longue de huit centimètres, parallèle à la clavicule, et à un centimètre au-dessus. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané est infiltré de sang et forme une couche épaisse de trois centimètres environ. J'arrive sur la clavicule, dont je sens bien la fracture et dont les fragments ne sont pas déplacés. A ce moment, je laisse de côté le bistouri et je ne me sers plus que de la sonde canelée. A peine ai-je déchiré l'aponévrose avec cet instrument, qu'un flot énorme de sang noir jaillit. J'introduis de suite le doigt pour faire la compression sur le bout central de la veine, j'essaie en vain d'appliquer une pince, je suis obligé d'y laisser le doigt. J'arrête également avec le doigt l'hémorrhagie qui se fait par le bout périphérique; mais, pendant ces quelques secondes, le malade a perdu une quantité considérable de sang, il est extrêmement pâle et le pouls est très faible. J'essaie de retirer le doigt pour faire la ligature du bout central de la veine; mais, à ce moment, le sifflement caractéristique de l'entrée de l'air dans les veines se fait entendre, ce sifflement se reproduit trois ou quatre fois et le malade meurt.

Je procède alors à l'examen des parties lésées. Le trait de fracture de la clavicule siège sur la partie moyenne de cet os, il est dirigé très obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière et a une longueur de plus de quatre centimètres; l'extrémité du fragment externe, qui seul a pu blesser les vaisseaux, est effilée et forme une pointe aiguë à bords coupants. Le fragment interne offre une forme correspondante, mais son sommet est séparé et forme un petit fragment intermédiaire long de deux centimètres n'inté-

ressant que la moitié antérieure de l'os. Ces trois fragments n'ont subi aucun déplacement. La veine sous-clavière est presque complètement sectionnée ; les deux bouts sont écartés l'un de l'autre et ne sont plus reliés que par une lame mince de la paroi ; cette paroi n'offre aucune altération pathologique. L'artère sous-clavière est parfaitement intacte. Les nerfs du plexus brachial sont également intacts, mais ils sont infiltrés de sang.

RÉFLEXIONS. — 1° Nous avons là un exemple d'une complication extrêmement rare de la fracture de la clavicule. 2° Cette complication s'explique par la forme de l'un des fragments en biseau tranchant et peut-être aussi par la présence d'un petit fragment intermédiaire antérieur, pouvant faciliter la bascule en arrière de l'extrémité des deux grands fragments. lors du traumatisme. 3° L'épanchement sanguin a pu, en comprimant les nerfs et l'artère, paralyser le membre et supprimer le pouls. 4° Cet épanchement de sang veineux a présenté des battements qui lui étaient communiqués par les artères avec lesquelles il était en contact. 5° Enfin, nous croyons pouvoir ajouter que, malgré les dangers auxquels expose l'expectation, c'est une faute grave d'intervenir lorsque l'on soupçonne une blessure de la veine sous-clavière.

24. Muscle sus-claviculaire tenseur de l'aponévrose cervicale superficielle ; par le D^r LE DOUBLE.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* (mai 1880, p. 388) je lis la description d'un *muscle ansiforme sus-claviculaire, tenant de l'aponévrose cervicale superficielle*, disséqué par M. Louis Dubar, interne des hôpitaux. En terminant sa description, fort bien faite d'ailleurs, M. Dubar dit : « Ce muscle n'est signalé dans aucun des livres qui traitent des anomalies musculaires. »

Occupé à préparer un *Traité des anomalies musculaires*, je me suis mis à la recherche de tout ce qui a été fait sur la question, et je viens compléter le travail de M. Dubar.

Le muscle dont parle M. Dubar a été décrit en 1865, pour la première fois, par M. le professeur W. Gruber, sous le nom de *muscle sus-claviculaire* ou *tensor fasciæ colli*. Dans ce premier cas, il s'étendait de l'extrémité acromiale à l'extrémité sternale de la clavicule au-dessus de laquelle il formait une arche très allongée pour le passage des vais-

seaux et des nerfs sus-claviculaires, en avant du trapèze et du sterno-cléido-mastoidien. Tendineux à chacune de ses extrémités, il était charnu dans sa partie médiane et inclus dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle. D'après M. Gruber, le muscle sus-claviculaire serait un tenseur de l'aponévrose cervicale superficielle. (W. Gruber, de Saint-Petersbourg, *Reichert's arch.*, 1865, p. 705).

M. le professeur Macalister, de Dublin, l'a retrouvé deux fois et l'appelle *musculus supra-clavicularis proprius* (Macalister, *Proceedings of the Royal Irish Academy*, January, 1871). — M. le D^r Knott en a publié tout récemment un nouvel exemple (Knott, *Muscular anomalies*, In *Journ. of anat. and phys.*, — 1879-1880, t. XV.)

Je l'ai observé une fois, en 1877, mais à l'état rudimentaire : Enveloppé par l'aponévrose cervicale superficielle, il se fixait en dehors à cette aponévrose immédiatement au-dessus de l'extrémité acromiale de la clavicule, et, en dedans, encore à cette aponévrose, au niveau du point de jonction du chef sternal et du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoidien. Il avait 0,10 cent de long et était placé à 0,02 cent. de la clavicule au-dessus de laquelle il décrivait une légère courbe à convexité supérieure.

En France, il n'est fait mention de ce muscle que dans le *Traité d'anatomie* de MM. Beaunis et Bouchard.

On n'a pas déterminé, et contrairement à ce que j'ai fait pour beaucoup d'autres muscles (*transverse de la nuque, occipito-scapulaire, rhombo-atloïdien, inter-épineux de la nuque, lumbo-stylien, sterno-claviculaire, sterno-chondro-scapulaire, scapulo-claviculaire, pré-sternal, sous-scapulaire accessoire, tenseur de la capsule de l'épaule, omo-trachélien, cléido-occipital, mento-hyoidien, stylo-hyoidien profond, stylo-maxillaire, pétro-hyoidien, thyroïdien transverse, scalène médian, scalène latéral, épithrochléo-anconé, 2^e pectiné*, etc.), et contrairement, dis-je, à ce que j'ai pu faire pour les muscles précités, il m'a été impossible de déterminer la signification anthropologique et zoologique de ce faisceau normal.

25. Endocardite ulcéreuse. — Péricardite ; par M. R. MOUTARD-MARTIN, médecin des hôpitaux. (Observation recueillie par M. CAYLA, interne du service).

Bory Rosalie, 31 ans, cuisinière, entre le 19 février 1881 dans le service de M. le D^r Robert MOUTARD-MARTIN (hôpital Cochin, annexes).

La malade jouissait d'une bonne santé habituelle ; on ne relève, dans ses antécédents, ni affections de poitrine, ni rhumatisme. Il y a six semaines, au huitième jour d'une bronchite, à la suite d'efforts de toux violents et répétés, elle fait une fausse couche de 8 mois. Depuis cette époque, la malade a gardé le lit.

A son entrée à l'hôpital, elle était très pâle et très amaigrie. La peau présente la coloration jaune des cancéreux. Au toucher, elle donne une sensation de chaleur et de sécheresse très prononcée.

Les suites de couches ont été normales, la malade ne perd plus ; elle nous raconte que, chez elle, elle a eu des frissons répétés pendant plusieurs jours avec claquement de dents. L'appétit est complètement perdu.

Elle a eu encore, le jour même de son entrée, plusieurs frissons, elle se plaint en outre d'une douleur qui siège au niveau de la région fessière gauche. On ne constate à ce niveau, ni rougeur, ni empâtement. L'articulation coxo-fémorale est libre, la palpation ne fait rien découvrir dans le bassin, ni dans la région rénale.

La douleur est diffuse, mal limitée, sourde, continue, on est porté à penser que l'on est en présence d'une névralgie sciatique, bien que l'on ne retrouve pas les autres points douloureux de cette névralgie dans la portion crurale du nerf.

L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal de ce côté. Les battements du cœur sont tumultueux, les bruits sont confus, on peut cependant distinguer un souffle rude et râpeux à la base du cœur et au premier temps.

20 février. Le bruit a disparu, l'état de la malade est le même, le regard est animé, anxieux, la peau est chaude, inondée de sueur.

21 février. Le bruit reparait, très fort, aigu, strident, analogue à un pialement.

22 février. T. A. S. 40°.

23 février. Le bruit disparaît de nouveau. T. A. M. 38°, 2 ; S. 39°, 2.

24 février. On perçoit de nouveau le souffle. Il est moins fort, comme éloigné, la malade a eu de nouveaux frissons. T. A. M. 37°, 2 ; S. 39°, 4.—On applique un vésicatoire au-devant de la région précordiale.

25 février. Nouveaux frissons ; les bruits du cœur sont sourds, on constate de la matité au niveau du cœur. T. A. M. 37°, 8 ; S. 38°, 6.

26 février. La malade a eu des coliques, de la diarrhée,

le souffle n'a pas reparu, la langue est sèche, le corps couvert de sueur. T. A. M. 38°,8; S. 38°,6.

27 février. Pendant les quatre jours qui suivent, l'état de la malade s'améliore un peu, la température baisse, les phénomènes stéthoscopiques ne présentent rien de nouveau. T. M. 37°,4; S. 38°.

1^{er} mars. T. A. 37°,8; S. 38°,2.

2 mars. T. M. 38°,8; S. 38°,5.

3 mars. La malade a eu quatre selles diarrhéiques, un vomissement. T. M. 38°,9; S. 39°.

4 mars. Le souffle reparait, les battements du cœur sont précipités, le pouls est à 130°. Nouveaux frissons avec claquements de dents. T. A. M. 39°,2; S. 40°,1.

5 mars. On constate, au niveau de la région moyenne du cœur, un souffle rude, râpeux, superficiel, sans propagation. Les sueurs sont abondantes, la température tombe à 38°,5; le soir, elle est à 37°,8. — La malade meurt à 8 heures, sans avoir présenté d'accidents nouveaux. A aucun moment de la maladie, malgré un examen minutieux de tous les organes, nous n'avons pu constater le développement d'infarctus viscéraux.

AUTOPSIE faite le 7 février, environ 36 heures après la mort. — *Abdomen*. Le foie est volumineux, il pèse 2400 grammes; à la coupe, il présente tous les caractères du foie gras. La rate est aussi augmentée de volume, elle pèse 315 grammes. Sa consistance est ferme; à la coupe, on ne remarque pas d'infarctus, malgré le soin que l'on apporte à les rechercher. Le rein droit est gras, sans augmentation de volume, le gauche paraît sain. L'utérus est revenu à ses dimensions normales, on remarque, au niveau de la corne droite, quelques débris de placenta que l'on détache facilement avec l'ongle.

Cerveau. Après avoir enlevé la dure-mère, on constate, des deux côtés de la scissure inter-hémisphérique, de la méningite suppurée. A gauche, une trainée de pus longe la scissure dans presque toute sa longueur; sur la convexité, à gauche, l'on remarque un foyer circonscrit d'un centimètre carré d'étendue environ, occupant la lèvre droite de la scissure à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs de sa longueur.

Ce sont là, du reste, les seuls foyers où l'on rencontre de la méningite; à la base et dans la scissure de Sylvius, les méninges sont absolument saines; ce sont les seules lésions à distance que nous ayons pu découvrir, les lésions étant

restées limitées au cœur où elles ont pris un développement considérable.

Cœur. Cet organe est gros : il pèse, avec le péricarde, 450 gr. Vu par la face externe, le feuillet pariétal présente une vascularisation très accusée, on sent qu'il adhère au tissu du cœur à la pointe et sur le bord gauche. A la coupe, son épaisseur n'est pas moindre de 3 mm.

Il adhère au tissu du cœur par des travées dont la vascularisation atteste la formation récente. En prolongeant la dissection du feuillet séreux, vers la droite, on tombe sur un foyer rempli d'environ un verre à Bordeaux de pus blanc assez liquide. Ce foyer comprend, en étendue, la partie droite du cœur, le bord droit, une partie de la face postérieure.

Les parois qui le constituent sont inégales, rugueuses, hérissée de saillies blanchâtres. Les trachées qui en partent s'étendent d'un feuillet à l'autre, limitant les cavités dans lesquelles chemine le pus. Le feuillet viscéral du péricarde est également rouge et injecté, il est doublé, à sa face profonde, d'une couche de tissu blanchâtre, assez résistant, d'une épaisseur de 3 mm., adhérent au cœur. Après avoir coupé la pointe, on sectionne les ventricules en suivant la cloison.

Les valvules sigmoïdes de l'orifice aortique sont remplacées par les productions végétantes, seule, la postérieure paraît saine. La valvule droite est remplacée par une végétation inégale, rugueuse, de la grosseur et de la forme d'une framboise. Son aspect est blanchâtre, elle est friable au toucher.

Au centre de cette production, on remarque une perforation de la valvule de 3 ou 4 mm. de diamètre. La valvule antérieure est remplacée par une lame polypeuse, triangulaire à sommet supérieur. On remarque une ulcération allongée au point d'attache de la valvule, la perte de substance comprend 4 ou 5 mm.. Au sommet de l'extrémité droite du bord libre, existe une végétation polypeuse, blanchâtre, pédiculée.

Au-dessous du point où les deux valvules, postérieure et droite se rejoignent, on voit un orifice de 5 mm. de diamètre environ. L'ulcération est taillée comme à l'emporte-pièce, elle est assez régulièrement circulaire, un stylet, introduit dans cet orifice, conduit dans l'oreillette droite au-dessus du point d'attache de la valvule postérieure de la tricuspide. A ce niveau, on remarque une saillie blanchâtre de 4 ou 5 mm. de hauteur, sur une largeur égale :

c'est au sommet de cette production que le conduit vient s'ouvrir.

Dans le ventricule droit, on remarque également, sur la cloison interventriculaire, un orifice de 4 mm., taillé à pic, un stylet ne pénètre qu'à 1 centimètre dans la paroi musculaire. Les valvules mitrale et tricuspide ne présentent aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à différents points de vue. Anatomiquement, elle montre que la forme végétante, ordinairement rencontrée dans l'endocardite puerpérale, ne lui appartient pas à l'exclusion de la forme ulcéreuse; elle fait voir que, même dans cette forme ulcéreuse, les infarctus viscéraux peuvent manquer absolument.

La méningite suppurée, dont l'existence fut constatée à l'autopsie, occupait la convexité des hémisphères. Il en a été ainsi dans la plupart des cas publiés relativement à la méningite suppurée survenue à la suite de l'endocardite ulcéreuse. Cliniquement, le diagnostic a pu être fait pendant la vie et pour l'endocardite ulcéreuse et pour la périocardite qui s'est développée dans les derniers jours; l'absence d'embolie a pu aussi être affirmée au cours de la maladie.

La certitude du diagnostic a permis de faire rechercher l'existence possible (d'après les idées actuellement régnantes), de microbes, dans le sang de la malade vivante. M. Netter, qui a bien voulu faire cet examen, a rencontré, en effet, une forme de microbes dont il a déjà constaté la présence dans plusieurs cas d'endocardite ulcéreuse: ce sont, d'après la note qu'il m'a remise, « des germes offrant la forme de petites sphères avec un prolongement (début de segmentation du fil terminal) ». De cette constatation, intéressante à noter au point de vue des recherches actuellement entreprises par différents auteurs sur ce sujet et dans ce sens, je ne veux cependant tirer aucune conclusion, car, pour se prononcer en pareille matière, il faut une compétence spéciale et une série d'observations concordantes.

Le Secrétaire,

CH. FÉRÉ.

OCTOBRE

Séance du 7 Octobre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

1. M. KIRMISSON montre une *malformation du membre supérieur*.

2. M. DESNOS présente une *bourre de pistolet* qui a été extraite du *creux poplité* d'un malade du service de M. GUYON, à l'hôpital Necker.

3. **Gomme syphilitique de la 1^{re} circonvolution frontale gauche empiétant légèrement sur le lobule paracentral avec hémiplégie droite sans hémianesthésie. — Rotation et déviation conjuguées de la tête et des yeux. — Aphasie ;** par M. GILLES DE LA TOURETTE, interne des hôpitaux.

Del. Hélène, 34 ans, cuisinière, entre le 4 septembre 1881, salle Grisolle, hôpital de la Pitié, service de M. le D^r CORNIL. La personne qui l'a amenée à l'hôpital dit qu'elle se trouvait depuis quatre jours dans le même état, sans pouvoir donner de renseignements plus précis. En voulant interroger la malade, on s'aperçoit qu'elle ne peut répondre aux questions qui lui sont posées, mais ses yeux ont gardé toute leur intelligence et font parfaitement voir que la question est perçue, mais que la parole fait défaut pour l'exprimer. Ce qui frappe au premier abord, c'est que Del. a la tête fortement soulevée du côté droit, et que de ce côté le faisceau claviculaire du sterno-mastoidien est fortement tendu, celui du côté opposé étant dans le relâchement ; de plus, les yeux ont une tendance très marquée à se porter du même côté. En outre, le membre supérieur et le membre inférieur droits sont atteints de paralysie flasque et tout mouvement leur est absolument interdit. Néanmoins, ils jouissent d'une perception sensitive normale et la contrac-

tion des muscles de la face, exprimant la douleur, indique que la piqûre, le froid, le chaud, sont parfaitement sentis et rapportés au siège d'excitation. De même, les sens spéciaux sont intacts. Enfin, phénomène important, le facial n'est paralysé, ni dans son département supérieur, ni dans son département inférieur; de même, il n'existe ni paralysie, ni abolition de la sensibilité de la langue et du voile du palais. Autant qu'on peut en juger par l'expression du visage, la parole faisant totalement défaut, le début de l'affection aurait été soudain et daterait de quatre jours; le mal de tête serait actuellement assez violent.

En découvrant la malade pour examiner les organes thoraciques et abdominaux qui sont sains, et en particulier le cœur, dont les bruits sont bien frappés, on découvre, disséminées çà et là, des cicatrices blanchâtres, non adhérentes aux tissus sous-jacents et qui sont rapportées à des lésions syphilitiques antérieures. La constipation est opiniâtre, l'urine est rare et est émise involontairement. Deux frictions onguent napolitain. Iodure de potassium, 6 gr.

5 septembre. La malade va sous elle; la déviation de la tête du côté droit est complète; la déviation conjuguée des yeux s'accroît; la malade suit avec grand peine le doigt et les yeux ne peuvent être ramenés sur le plan médian. Un peu de raideur du bras droit; tendance à la dépression.

6 septembre. Les symptômes paraissent s'améliorer; la rotation et la déviation conjuguées persistent; néanmoins, la malade a pu remuer légèrement la jambe droite au commandement et a articulé tant bien que mal oui et non.

7 septembre. Bouffées congestives de la face; la peau du côté droit du visage est rouge vif. S. T. R. 39°.

8 septembre. Aphasie complète, abolition totale des mouvements; congestions répétées de la face; un peu d'injection de la conjonctive. S. T. R. 39°, 7.

9 septembre. Persistance des mêmes phénomènes. M. T. R. 38°; S. 39°.

10 septembre. La dépression s'accroît, l'œil est atone; néanmoins, il n'existe pas d'inégalité des pupilles, qui sont normales. M. T. 38°, 3; S. 37°, 9.

11 septembre. Respiration suspirieuse, coma et mort dans la nuit avec persistance des phénomènes paralytiques de l'aphasie. M. T. R. 37°, 2; S. 38°, 5. Le traitement primitif a été continué jusqu'à la mort.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Les organes thoraciques et abdominaux sont sains; le cœur en particulier

est indemne de toute lésion. En incisant le cuir chevelu pour ouvrir la cavité crânienne, on aperçoit une gomme grosse comme un œuf de pigeon, ayant détruit les tissus et fortement érodé l'os sous-jacent; la gomme siègeait exactement à l'union des $\frac{2}{3}$ antérieurs et du $\frac{1}{3}$ postérieur du pariétal gauche. Le pariétal droit est en deux endroits le siège d'ostéite superficielle. Les os du crâne ne sont pas plus épais qu'à l'état normal.

Cerveau. Les méninges ne sont nulle part adhérentes aux os du crâne; elles sont partout normales; néanmoins, à sa partie antérieure et à gauche, la faux du cerveau ne peut se détacher des parties sous-jacentes. A un examen plus attentif, on remarque qu'elle enveloppe une tumeur grosse comme une noix environ, tumeur qui fait partie intégrante des méninges; celles-ci se confondent extrêmement avec elle à son niveau. Cette tumeur siège exactement à la face externe et à l'extrémité postérieure de la première circonvolution frontale droite; elle paraît contracter des rapports de voisinage avec la partie la plus proche du paracentral qui est entièrement sain. Au contraire, au-dessous d'elle, la première circonvolution frontale paraît exulcérée et laisse apercevoir un léger ramollissement superficiel. Elle pèse 20 gr., y compris les méninges adhérentes. Elle est dure, ferme à la coupe, qui laisse apercevoir, dans le sens perpendiculaire, deux travées de substance blanc-jaunâtre à bords sinueux, situées au milieu d'un tissu gris blanchâtre. Le cervelet, le bulbe et la moelle sont sains.

Les coupes les plus minutieuses n'ont pu relever aucune lésion en dehors de celles indiquées. Il existait du côté droit une suffusion sanguine marquée sous la peau du cuir chevelu et de la face. L'*examen histologique* de la tumeur, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'une gomme de date relativement ancienne.

Séance du 21 Octobre 1881.

PRÉSIDENTE DE M. QUINQUAUD.

4. M. BALZER fait une communication sur l'anatomie pathologique du *xanthelasma*, qu'il considère comme produit par un agent infectieux. Du moins, les cellules constitutives de la plaque xanthelasmique renferment-elles des granulations, qui, d'après l'auteur, sont formées par des microbes.

M. BALLET rappelle à ce propos une cause d'erreur possible, résultant de la pénétration dans la pièce anatomique des microbes de la solution gommeuse, pendant l'opération du durcissement.

M. QUINQUAUD dit avoir plusieurs fois constaté, aux autopsies, des microbes dans les tissus de gens, sains en apparence.

M. BALZER ne pense pas que les causes d'erreur précédentes puissent être invoquées contre les faits qu'il avance.

Séance du 28 octobre 1881.

PRÉSIDENTE DE M. LANDOUZY.

5. **Anévrysme de la crosse de l'aorte ayant simulé un anévrysme de l'artère carotide primitive. — Disparition temporaire de la tumeur par la ligature de la carotide primitive. — Récidive suivie de mort; par M. H. DAUCHEZ, interne des hôpitaux.**

Le sujet qui fait le sujet de cette observation est entré le 10 juin 1879, pour la première fois, dans le service de M. DE-LENS, et son observation fut communiquée le 5 novembre

à la Société de chirurgie. On avait alors diagnostiqué un anévrysme de la carotide primitive gauche, près de son origine; en se fondant sur les symptômes suivants constatés le jour de l'entrée à l'hôpital: Tumeur pulsatile saillante au-dessus de la moitié gauche de la fourchette du sternum et se prolongeant au-dessous des insertions sternales claviculaires du sterno-mastoidien, battements isochrones à ceux du poulx, bruit de souffle intermittent très net. Le poulx radial gauche était plus faible que le droit; enfin, la compression de la carotide primitive gauche, à la partie moyenne, faisait augmenter les pulsations de la tumeur. A ces signes s'ajoutaient des troubles fonctionnels très marqués (bourdonnements d'oreilles et vertiges), qui allèrent toujours en augmentant et nécessitèrent la ligature de l'artère carotide primitive gauche par la méthode de Brasdor. Celle-ci fut pratiquée le 14 juillet 1879, sans qu'il en résultât d'hémiplégie à la face ou aux membres. Les phénomènes qui succédèrent à cette opération furent une légère diminution dans l'énergie et le volume de la tumeur suivie bientôt d'une augmentation de volume plus considérable qu'avant l'opération; en même temps l'artérectasie s'était déplacée et proéminait au-dessus de la fourchette du sternum, ayant dépassé à droite la ligne médiane. Ce changement de siège et de volume de la tumeur fit soupçonner un anévrysme de la crosse.

Malgré toutes les recommandations qui lui furent faites, le malade voulut partir le 12 août. A cette époque, la tumeur avait reparu, le bruit de souffle avait complètement cessé et l'état général de l'opéré était satisfaisant.

Le même malade fut présenté le 31 mars 1880, à la Société de chirurgie, par M. Delens, qui constata alors la disparition presque complète de tous les symptômes. La palpation ne permet d'entendre aucun battement. A l'auscultation on n'entend qu'un retentissement exagéré des bruits du cœur. A la base du cou, on observait aussi une dilatation très marquée des veines de la région. Une troisième fois, le malade revient à l'hôpital Tenon, où il entre le 29 juillet 1881. Depuis 2 mois, il a vu se reproduire la tumeur pour laquelle il avait été soigné précédemment. Cette tumeur grosse comme un petit œuf, est irrégulière, assez résistante, plutôt molle, que dure. Elle siège au-dessous et en arrière de l'articulation sterno-claviculaire et des attaches du muscle sterno-mastoidien. Elle ne présente que des battements réguliers absolument synchrones avec ceux du cœur, sans souffle et sans thrill. De grosses veines apparaissent tout autour de la tumeur indiquant la gêne circulatoire

du cou et de la moitié gauche du thorax. Il n'existe cependant ni œdème, ni douleurs dans le cou, ni dans le membre supérieur; la pupille n'est pas rétrécie. Les seuls symptômes qui soient appréciables sont: la compression de la trachée et du pharynx s'accompagnant de cornage et de dysphagie. Le pouls radial gauche est plus faible que celui du côté droit.

Enfin, depuis sa rentrée à l'hôpital, le malade est pris chaque jour de fortes quintes de toux, qui s'expliquent par la présence de râles de bronchite très nombreux, disséminés dans les 2 poumons.

8 août. La dyspnée augmente, le cornage et le sifflement trachéal sont de plus en plus accentués, et, malgré sa potion de chloral et plusieurs injections hypodermiques de morphine, le malade ne dort plus la nuit et reste assis sur son lit.

12 août. La nuit a été mauvaise, les râles de bronchite sont plus nombreux que la veille et s'entendent des deux côtés; la tumeur est devenue douloureuse. Application d'un sac de glace pendant six heures sur la tumeur.

15 août. Dans la soirée, l'asphyxie va croissant et le malade succombe brusquement vers 9 heures du soir, sans qu'il se soit produit aucune hémorrhagie.

AUTOPSIE. — La peau de la région sternale et claviculaire gauche est sillonnée par un réseau veineux très abondant. Derrière le sternum, il existe une énorme tumeur bosselée, irrégulière, grosse comme le poing, commençant à deux cent. au-dessus de l'orifice aortique, présentant un diverticulum gros comme une noix. C'est ce diverticulum qui débordait la clavicule gauche et le sternum. Les parois de cette tumeur sont calcaires, dures, épaisses. L'anévrysme s'est développé (au niveau de la crosse aortique), sur toute sa circonférence.

Le tronc brachio-céphalique artériel vient s'ouvrir dans la tumeur. La carotide primitive gauche s'ouvre également dans la poche anévrysmale; ce vaisseau est complètement oblitéré par le fait de la ligature pratiquée en 1879. La sous-clavière gauche s'ouvre dans l'aorte un peu en dehors de la tumeur. Des caillots fibrineux remplissent le sac auquel ils sont peu adhérents. Le pneumogastrique et le phrénique sont distendus et tirillés. Quant à la trachée, nous la trouvons déviée latéralement et si fortement aplatie que le petit doigt peut à peine y être introduit.

Le ventricule gauche était hypertrophié, mais les val-

vules n'ont présenté aucune altération. Enfin, les poumons sont congestionnés et les bronches enflammées.

RÉFLEXIONS. — Il est facile de s'expliquer, par les détails dans lesquels nous sommes entré, les difficultés du diagnostic précis au point de vue de la localisation anatomique. Car, outre que la tumeur remontait assez haut dans la région du cou, elle subissait, par la compression exercée au-dessus, des mouvements d'expansion très marqués; néanmoins, le diagnostic fut rectifié ultérieurement par le changement de siège de la tumeur et par les caractères du poulx; l'orifice qui faisait communiquer le sac surajouté, s'étant évidemment agrandi à la seconde phase de développement de la tumeur, avec laquelle le souffle disparut dans l'anévrysme.

6. Carcinome du testicule à marche très rapide. — Ablation; par M. le D^r LAGRANGE, aide major au Val-de-Grâce.

Ax..., 23 ans, du 117^e régiment de ligne, entre, le 3 octobre 1881, dans le service de M. le professeur GAUJOT. (Salle 29, lit n^o 7.)

Les antécédents héréditaires et personnels sont bons. La santé générale était excellente, lorsque, le 24 juillet dernier, notre malade se contusionna fortement le testicule gauche en faisant de la gymnastique. La douleur fut très vive; le malade perdit presque connaissance, cependant, une demi-heure après, il put continuer ses exercices de gymnastique.

Le lendemain, gonflement de la glande qui, dans l'espace de 15 jours, arriva au volume du poing, le malade n'en souffrait pas, et c'est seulement à cause de la gêne que lui occasionnait cette tumeur qu'il rentra le 12 août à l'hôpital militaire de Vincennes. La tumeur avait grossi si vite que les chirurgiens de cet hôpital pensèrent à une inflammation du testicule. La médication anti-phlogistique fut employée pendant huit jours. Ensuite, application de pomades iodurées, iodure de potassium à l'intérieur.

Pendant le courant du mois d'août et de septembre, la tumeur double de volume; le 31 octobre, le malade est évacué sur le service de clinique du Val-de-Grâce. Le testicule gauche a le volume d'un gros poing; il est lourd, les veines y sont peu développées à son niveau, la température locale est de 7/10 de degré plus considérable que sur le côté droit. La palpation fait sentir une tumeur assez molle, sur-

tout à la partie antérieure ; en arrière, elle présente la dureté du sarcoécèle ordinaire.

Il n'y a pas de bosselures. A la partie antérieure et inférieure, la palpation réveille une douleur assez analogue à la douleur testiculaire. Dans les autres parties, la tumeur est indolore, même à une pression assez vive. Le cordon est sain, on trouve trois ganglions assez durs, mais peu volumineux, dans la fosse iliaque gauche. Il n'y a pas de douleurs spontanées, l'état général est bon, le malade dort bien, il a conservé ses forces et son appétit.

On fait le diagnostic de tumeur maligne du testicule, et, pour s'assurer de son exactitude, on fait une ponction exploratrice le 16 octobre ; cette ponction donne issue à quelques grammes de liquide contenu dans la cavité vaginale et à quelques gouttes de sang.

20 octobre. On fait la castration.

La tumeur pèse 205 grammes ; elle a 9 centimètres de long et 8 de large. L'examen de la pièce montre que l'épididyme et le cordon sont parfaitement isolés de la tumeur. La coupe du néoplasme fait voir un tissu blanchâtre, fibreux, contenant un très grand nombre de kystes ; les uns parfaitement limpides et transparents sont de véritables perles, les autres contiennent un liquide verdâtre, en certains points puriforme.

Le testicule a été refoulé par le néoplasme, qui s'est enfoncé dans son intérieur à la manière d'un coin. Au-dessous de l'albuginée, on trouve une couche épaisse de tubes testiculaires ; à la partie supérieure et inférieure de la tumeur, aux deux extrémités, on rencontre une masse du volume d'une petite noisette, composée de tubes séminifères. La tunique albuginée et les tubes sous-jacents se détachent du néoplasme par énucléation. Il y a par conséquent une ligne de démarcation bien nette entre le parenchyme de la glande et le néoplasme. Le raclage donne une petite quantité de suc lactescent. Le contenu des kystes est coagulable par l'alcool, on y trouve un grand nombre de cellules épithéliales polyédriques ou cylindriques. Dans le suc enlevé par le grattage, on trouve les mêmes cellules épithéliales.

Une zone pyramidale allant de la périphérie au centre a été détachée et durcie par les procédés ordinaires. Ce fragment a été divisé en deux parties, la partie centrale et la partie périphérique. Sur la partie centrale, les coupes montrent un grand nombre de kystes tapissés par un bel épithélium cylindrique. Ces kystes sont pour la plupart en voie d'agrandissement.

Entre les kystes, se trouve une zone assez dense de tissu

conjonctif avec beaucoup de noyaux embryoplastiques jeunes ; dans ce tissu, on constate un certain nombre de tubes testiculaires tapissés par un épithélium cylindrique un peu aplati et en grand nombre remplis par des cellules de même nature.

Enfin, au milieu du tissu conjonctif tassé en bandelettes concentriques autour des kystes et des tubes, on trouve beaucoup de fibres musculaires lisses, bien reconnaissables à leur noyau allongé et à leur mode de groupement. La partie périphérique de la tumeur est constituée par du carcinome encéphaloïde pur. Dans l'épaisseur des cloisons conjonctives, on constate encore quelques tubes remplis de cellules épithéliales et quelques kystes peu volumineux. Il n'y a pas de fibres lisses.

Nous nous sommes préoccupés de savoir la relation qui existait entre les deux points examinés. Il nous a paru évident que les cellules contenues dans les alvéoles sont dérivées de l'épithélium des tubes testiculaires. En divers endroits, nous avons vu la transition qui existe entre l'épithélium typique, métatypique et atypique ; certains tubes remplis de cellules avaient éclaté en quelque sorte sur l'un des points de leur circonférence et communiquaient par leur contenu avec les cellules environnantes. Ces dernières cellules, de forme différente, étaient celles qui remplissaient les alvéoles du carcinome.

Les tubes qui ont formé l'épithélium de la tumeur sont ceux qui constituent le rete testis ; ces tubes séminifères paraissent tous avoir été refoulés sous l'albuginée.

RÉFLXIONS. — En résumé, au point de vue pathologique, cette observation est remarquable par l'action bien manifeste de la contusion, par la rapidité du développement, par la localisation au corps d'Hygmore. Au point de vue histologique, c'est là, croyons-nous, un exemple bien manifeste de cancer d'origine épithéliale.

7. Anomalie du pied. — Soudure des os du tarse et du métatarse ; par M. le D^r LAGRANGE, aide major au Val-de-Grâce.

Le pied qui fait l'objet de cette note a été trouvé sur le cadavre d'une femme de 46 ans environ ; aucun renseignement n'a pu être recueilli sur la profession du sujet ni sur ses antécédents morbides.

Les parties molles du pied ne présentent rien de particulier, aucune trace de cicatrice, aucune déformation appa-

rente. L'autre pied, le pied droit, est normal ainsi que le reste du squelette.

Voici en quoi consiste cette anomalie : Le scaphoïde et les trois cunéiformes, entre eux, sont soudés ; de plus, le deuxième et le troisième métacarpiens se continuent directement avec les cunéiformes.

En second lieu, le cuboïde est soudé avec le quatrième et le cinquième métacarpiens. De toutes les articulations du tarse, la seule qui ait persisté est l'articulation cunéo-cuboïdienne. Cette articulation se continue en avant avec celle qui sépare le troisième du quatrième métacarpien. L'articulation du premier métacarpien avec le premier cunéiforme est aussi conservée.

REFLEXIONS.—À quelle cause peut-on attribuer cette soudure osseuse ? Il est peu probable qu'il s'agisse d'une ostéite, car, dans ce cas, il existerait une déformation, des saillies osseuses anormales, des anfractuosités ; le tarse serait irrégulier dans sa conformation générale. Au surplus, nous avons fait des préparations microscopiques portant sur les régions articulaires pour y constater des traces d'ostéite, dans tous les points la structure est uniforme, il n'y a ni ostéite raréfiante, ni ostéite condensante.

Il n'existe aucun vestige d'articulations. Il est donc permis de penser qu'il s'agit d'un vice congénital dans le développement du pied. Les recherches que nous avons faites nous ont fait rencontrer quelque cas d'ankylose par ostéite chronique (Lisfranc, *Médecine opératoire* ; Dolbeau, *Société anatomique*, 1857), mais nous n'en avons point trouvé qui puisse, comme le cas en question, se rapporter à un vice de développement.

8. Cancer du corps thyroïde, du cœur et du poulmon. — Propagation probable par embolie veineuse ; par M. A. MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., journalier, âgé de 58 ans, entré le 20 août 1881, salle St-Charles, lit n° 30, service de M. le Dr PROUST.

Cet homme est très amaigri : il présente l'aspect d'un phthisique parvenu à la dernière période de la maladie. Il est dans un état de dyspnée très grande. Il a du tirage sus et sous-claviculaire et épigastrique, sans cornage laryngé. Sa voix est éteinte. Sa température s'élève à près de

40°. Il dit n'avoir jamais été malade avant cinq semaines d'ici. Depuis cette époque, il se sentait affaibli. Cependant, il a continué à travailler tant bien que mal jusqu'à cinq ou six jours avant son entrée. Pris alors d'une fièvre vive et d'une dyspnée très forte, il a dû garder le lit.

Il ne semble pas s'être aperçu de l'existence d'une tumeur dure, assez saillante, que l'on constate facilement au devant du cou, au-dessous du larynx.

Cette tumeur constitue une plaque dure, résistante, ligneuse, qui s'étend latéralement jusqu'en arrière des sterno-mastoldiens et de haut en bas depuis la fourchette du sternum jusqu'au-dessous du cartilage cricoïde. Le larynx est légèrement dévié vers la droite.

A gauche, en déprimant un peu le sterno-mastoldien, on perçoit un bord arrondi qui limite la tumeur en arrière, de ce côté. A droite, elle s'enfonce plus profondément. Il existe là des ganglions indurés, agminés qui masquent la tumeur et débordent au-devant du sterno-mastoldien. Quelques ganglions isolés, très durs, de la grosseur et de la consistance de petites avelines sont situés immédiatement sous la peau, qui glisse mal sur eux.

La plaque indurée est fortement fixée dans la situation qu'elle occupe. On ne peut lui communiquer que des mouvements de glissement presque imperceptibles. De même, lorsqu'on engage le malade à faire un mouvement de déglutition, il n'y a pas de mouvement d'élévation proprement dit, mais une sorte d'oscillation sur place.

A l'auscultation, on trouve des râles sous-crépitaux volumineux aux deux sommets. A la base gauche, il existe du souffle tubaire. La température oscille entre 39° et 40°. La dyspnée persiste, augmente même. Le pouls est très petit et très rapide. — Le malade meurt quelques jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSE, faite 30 heures après la mort. — La région antérieure du cou est disséquée. Quelques ganglions se rencontrent sous la peau, au-devant du sterno-mastoldien. Ils sont arrondis, légèrement aplatis, très résistants, blancs et durs à la coupe.

La masse principale de la tumeur est située au-devant de la trachée. Elle s'enfonce très légèrement sous la fourchette du sternum et remonte jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. Sur les parties latérales, elle pénètre sous le bord du sterno-mastoldien, qui se trouve soulevé. Elle est recouverte par les muscles de la région sous-hyoidienne. Cette masse est dure, grisâtre, à lobulation extérieure évidente.

Elle présente manifestement la forme du corps thyroïde; on trouve deux lobes hypertrophiés et dégénérés. Le lobe gauche, surtout par son bord postérieur, est perdu dans une masse de ganglions résistants et blanchâtres.

A la partie médiane, dans l'espace compris entre les deux lobes, accolé au bord antérieur du lobe droit et le suivant dans toute sa hauteur, se trouve un prolongement effilé, plus large en bas, qui est sans doute la pyramide de Lalouette indurée, dégénérée et augmentée de volume.

Le bord postérieur du lobe gauche s'enfonce moins en arrière que le bord correspondant du lobe droit. Il se rencontre bientôt sous le sterno-mastoidien. Il a refoulé en arrière le faisceau vasculo-nerveux sans l'englober, sans le dissocier.

Le lobe droit s'enfonce au contraire plus profondément en arrière. Son bord externe se confond avec des ganglions hypertrophiés, et ces ganglions, constituant une masse mamelonnée, se prolongent jusque sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Le tissu cellulaire qui les enveloppe est devenu beaucoup plus résistant, plus dense, et la masse entière est ainsi solidement fixée dans la position qu'elle occupe. Cela explique qu'on n'ait pas trouvé nettement de mouvement d'ascension du corps thyroïde au moment de la déglutition.

La prédominance du lobe gauche explique aussi que le larynx se trouve refoulé à droite et la crête du cartilage thyroïde déviée de la ligne médiane.

Les vaisseaux et les nerfs sont englobés dans la tumeur. Le nerf pneumogastrique peut être disséqué dans toute son étendue. Il présente seulement un volume plus considérable et un épaississement évident de ses gaines fibreuses. La carotide n'est pas oblitérée. Elle est seulement déviée en arrière et en dehors. La tumeur ne lui adhère que par sa tunique externe. On peut ainsi la décortiquer, pour ainsi dire, sur toute la hauteur de la masse ganglionnaire qui l'entoure. Il n'en est pas de même de la veine jugulaire. Elle présente un calibre double et même triple de son calibre normal. Elle est pleine, gorgée d'une substance blanche, qu'on aperçoit par transparence. Libre dans sa partie externe, elle adhère fortement en dedans et en avant à la masse constituée par les ganglions et le corps thyroïde réunis. Elle fait, en quelque sorte, corps avec eux.

Après l'avoir séparée, on la fend sur toute sa longueur. On la trouve pleine d'une bouillie blanchâtre qui semble

être un caillot de fibrine en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

La partie externe et postérieure de sa paroi est amincie, distendue. Toutefois, lorsqu'on la regarde par l'intérieur de la veine, après l'avoir débarrassée de l'espèce de mortier qui la recouvre, on la trouve dépolie, mais assez lisse et unie. Dans sa partie interne et antérieure, elle a été entamée par la tumeur. Les tuniques sont, par endroits, détruites et traversées par des bourgeons blanchâtres venus de l'intérieur. Ces bourgeons font à l'intérieur une saillie plus ou moins marquée, ils présentent généralement une résistance assez faible et il suffit d'un grattage léger pour les effriter. A la partie supérieure de la tumeur, deux ou trois troncs veineux reviennent aboutir dans la jugulaire. Ils sont également dilatés et remplis d'une bouillie blanchâtre. On peut voir, en les disséquant, des troncles veineux de plus en plus fins, également oblitérés, s'enfoncer dans l'épaisseur du corps thyroïde ou ramper à sa surface.

La trachée est entourée, enclavée par la tumeur, on avant et latéralement. Elle est à peu près complètement libre en arrière. Au niveau du bord postérieur du cartilage thyroïde, on trouve sur la face postérieure du pharynx et un peu à gauche, une petite masse aplatie, ayant les apparences d'un ganglion hypertrophié, qui adhère à la paroi, de telle façon que cette paroi n'en peut être déplacée. A ce niveau, la muqueuse est pâle, amincie et on aperçoit par transparence la tumeur sous-jacente. Il y a là une plaque blanchâtre et dure ; mais il semble bien que le travail s'est fait de dehors en dedans, et il paraît évident que ce n'est pas là un néoplasme primitif du pharynx.

La muqueuse du pharynx et de l'œsophage paraît du reste intacte. Nulle part, il n'y a trace d'ulcération, ni de rétrécissement. Il en est de même de la trachée. Les ganglions du médiastin ne sont pas augmentés de volume. Ceux du hile du pōumon sont noirâtres, gros comme des pois, d'aspect normal.

Les pōumons sont adhérents au thorax par leurs sommets. A la surface du lobe inférieur du pōumon droit, on trouve un dépôt fibrineux, granuleux. Ce lobe est induré. Il forme un bloc compacte. Il présente à la coupe l'aspect de la pneumonie fibrineuse à la période d'hépatisation grise. Les lobules semblent également infiltrés dans toute l'étendue de ce lobe. La coloration grisâtre, l'induration, les granulations légèrement saillantes sont également réparties ; c'est de la pneumonie lobaire, fibrineuse.

Des deux côtés, les sommets sont infiltrés de tubercules.

Cà et là, on trouve de petites cavernes, les unes vides, à parois inégales, tomenteuses, les autres remplies d'une masse crétacée.

Vers la base, surtout du côté gauche, on aperçoit à la surface du poumon, faisant sous la plèvre une légère saillie, des masses blanches, dures, d'aspect cancéreux. Elles sont d'un volume variable, d'un pois à une noix. Elles sont plus abondantes à gauche qu'à droite. Elles se trouvent surtout dans le lobe inférieur. On n'en trouve pas dans le lobe supérieur. Il n'en existe pas non plus au niveau du hile. A la coupe, ces noyaux sont de même aspect que les ganglions du cou. Ils résistent au couteau et présentent une surface blanche, uniforme. Ils sont situés surtout à la périphérie, vers la plèvre. Entre le lobe inférieur droit et le lobe moyen, se rencontre une tumeur notablement plus volumineuse que les autres, de la grosseur d'un petit œuf. Son centre est ramolli : à la coupe, aspect d'une masse encéphaloïde.

Le cœur est petit. Il n'y a pas de liquide dans le péricarde. A la pointe, deux noyaux néoplasiques de même aspect que ceux du poumon se trouvent enchâssés dans le muscle. L'un recouvre le ventricule droit, l'autre le ventricule gauche, de la pointe vers la base. A gauche, la plaque est plus étendue, mais moins profonde. A droite, elle s'enfonce plus loin dans le muscle et pénètre dans le ventricule.

Le ventricule droit renferme des caillots fibrineux en grande abondance. Les uns se prolongent en forme de languettes arrondies dans les artères pulmonaires, les autres forment de petits globes à surface lisse, à couches concentriques régulièrement stratifiées, au centre desquelles on trouve une sorte de champignon blanc, résistant, qui se continue avec la plaque cancéreuse du ventricule. Ces champignons, plus ou moins développés, sont très nombreux à la surface de l'endocarde du côté droit. Ils se rencontrent surtout vers la pointe, en avant et le long du bord adhérent de la grande valve de la tricuspide. Quelques végétations de même nature, mais beaucoup plus rares, se voient dans l'oreillette droite. La plaque comprise dans l'épaisseur du ventricule droit présente donc une surface beaucoup plus étendue vers l'endocarde que vers le péricarde.

Dans le ventricule gauche, on ne constate rien de particulier. La plaque cancéreuse, visible vers le péricarde, n'a entamé que la moitié de l'épaisseur de la paroi musculaire environ. Une seule végétation, grosse comme un pois, venue de l'extrémité supérieure du noyau compris dans la paroi musculaire, a pénétré dans l'oreillette gauche.

Le cerveau ne présente rien de particulier. — A la surface du rein gauche, on trouve une petite masse blanche, dure, qui s'enfonce comme un coin dans la substance du rein, jusqu'au niveau de la base des pyramides de Malpighi, à peu près.

La rate est petite. A un endroit, on trouve dans la pulpe une sorte d'infiltration blanchâtre, constituée par des grains rapprochés. Le tissu, marbré de jaune et de blanc, est plus résistant à la coupe à ce niveau.

Le foie est grasseux. On ne voit, ni sous la capsule, ni sur les nombreuses coupes que l'on pratique, aucun noyau cancéreux.

L'examen histologique a été fait au laboratoire de Clamart. — Les pièces anatomiques ont été successivement traitées par l'alcool, la gomme et l'alcool; les coupes ont été colorées par le picro-carmin. Dans certains points, le tissu normal du corps thyroïde a complètement disparu; il est remplacé par une production néoplasique dans laquelle on trouve des cellules spéciales et un stroma.

Les cellules sont aplaties; elles présentent à peu près le diamètre de 1, 2 et quelquefois, mais rarement, de 3 globules rouges. Leur corps est légèrement coloré par le carmin. Leur noyau est beaucoup plus fortement teinté; elles renferment des granulations grisâtres; quelquefois on trouve deux noyaux dans l'intérieur des cellules.

Celles-ci sont généralement arrondies, parfois échan-crées ou en bissac, parfois allongées ou irrégulièrement ovalaires.

Le stroma est assez rare. Il est constitué par des fibres à double contour faiblement colorées formant des mailles généralement très larges, les unes irrégulières, les autres rapprochées et dirigées parallèlement dans un sens donné; la disposition des cellules en groupes est nécessairement déterminée par la disposition de ce stroma. A d'autres endroits, il existe encore des vésicules closes. Les coupes prennent alors un aspect tout particulier.

Les vésicules, dont les caractères s'éloignent plus ou moins de leur disposition normale, sont séparées les unes des autres par des travées dans lesquelles pénètrent les éléments cancéreux. Ces parois sont épaissies, et les éléments néoplasiques s'accumulent au pourtour de l'enveloppe des vésicules. Colorées comme elles le sont par le carmin, ces cellules forment là une sorte d'épaississement, de bourrelet.

Les vésicules se montrent pleines d'un contenu jaune

transparent, le plus souvent homogène. De temps à autre, on distingue dans cette masse des cellules jaunes juxtaposées. Rarement quelques-unes de ces cellules présentent un noyau rouge, fortement coloré dans un corps jaune, brillant, homogène.

Les vésicules sont d'un volume très variable. Les unes sont très grandes et présentent un diamètre deux ou trois fois supérieur à celui des vésicules normales. Les autres sont, au contraire, très petites; sur la plupart, on trouve encore une paroi propre, homogène, intérieurement entourée d'une couronne de cellules fortement colorées par le carmin. Il semble que les unes soient dilatées et forment de véritables kystes à la façon des kystes par rétention des glandes sébacées. Dans un petit nombre de vésicules, on trouve la face interne de la membrane propre encore tapissée par de petites cellules juxtaposées, à une seule rangée, pourvues d'un noyau très apparent.

Sur quelques-unes encore, on voit les cellules extérieures rompre la paroi et pénétrer dans la cavité de la vésicule close. Ce mode de destruction des vésicules est cependant ici relativement rare. C'est beaucoup plutôt, paraît-il, par atrophie simple que par bourgeonnement intra-cavitaire que ces vésicules disparaissent.

Sur plusieurs coupes, on rencontre des vaisseaux. Sur plusieurs d'entre elles, on trouve dans un cercle fibreux, coloré en rouge, un amas central de cellules. Les unes sont arrondies, jaunes, homogènes, sans noyau. Elles présentent tout à fait l'aspect des globules rouges. Les autres sont également arrondies, mais irrégulières et pourvues d'un noyau fortement coloré par le carmin. Elles présentent des caractères très analogues à ceux des cellules néoplasiques situées à l'intérieur. On les suit du reste facilement dans le chemin qu'elles ont parcouru pour pénétrer dans l'intérieur du vaisseau. A certains endroits, les cellules carcinomateuses de l'intérieur se sont insinuées entre les fibres lamineuses, les ont écartées les unes des autres. Il en résulte que le cercle de fibres rouges qui limite le vaisseau se trouve par places interrompu. La minceur de la paroi autorise à penser que ce sont là des veines. A d'autres endroits, il s'est fait au contraire une hémorrhagie : les globules ont suivi de dedans en dehors le chemin que les cellules carcinomateuses ont suivi ailleurs en sens contraire.

Les divers noyaux des divers organes présentent la même structure que les noyaux du corps thyroïde. Il en est ainsi dans les ganglions cervicaux, le poumon, le rein, la rate, le cœur.

Dans le rein, la masse cancéreuse présente cette particularité de s'arrêter assez brusquement au contact du parenchyme sain. C'est à peine si quelques cellules s'insinuent entre les tubuli du voisinage pour les écarter. Cette disposition n'est-elle pas due à ce que le noyau néoplasique résulte d'une embolie, à ce que les éléments cancéreux se sont développés dans l'espace qu'occuperait un infarctus?

RÉFLEXIONS. — Ce n'est pas au point de vue clinique qu'est intéressante l'observation qui précède : le malade n'a été observé que pendant très peu de temps.

Le diagnostic de cancer du corps thyroïde avait été des plus simples : la dureté de la plaque, son adhérence profonde, et surtout l'existence de ganglions superficiels indurés permettaient de reconnaître presque d'emblée la nature de la tumeur. Qu'on remarque seulement le défaut d'élévation de la tumeur au moment de la déglutition, particularité qu'explique bien son adhérence à la colonne cervicale par l'intermédiaire des ganglions dégénérés. Il n'y avait qu'une sorte de mouvement de bascule très limité.

Inutile d'insister sur la présence simultanée de tubercules et de noyaux cancéreux dans les poumons : la coexistence des deux diathèses ne paraît plus maintenant un fait surprenant et paradoxal.

La pneumonie trouvée à l'autopsie était manifestement lobaire, fibrineuse et non lobulaire. C'était de la pneumonie vraie et non de la bronchopneumonie; il est bon d'y insister, puisque l'un des pneumo-gastriques était englobé et même très certainement modifié par le contact de la tumeur.

Si la théorie de Jürgensen est exacte, s'il est vrai que le grand danger de la pneumonie réside dans la dégénérescence du cœur, ce malade était fatalement condamné, puisqu'une notable partie du muscle cardiaque avait été détruite par le néoplasme.

Nous pensons qu'on peut, avec toute apparence de raison, se représenter la propagation de la tumeur comme le résultat d'embolies successives et d'implantations par étapes. La veine jugulaire gauche, adhérente à la tumeur, avait été envahie par elle. Des champignons cancéreux friables parsemaient sa surface interne. Elle était remplie d'un amas de détritits fibrineux en voie de désagrégation granuleuse.

D'autre part, le ventricule droit du cœur était beaucoup plus atteint que le ventricule gauche, sa surface interne était couverte de bourgeons cancéreux, et ces bourgeons se continuaient à travers le muscle avec des plaques étendues de la pointe vers la base du cœur.

La prédominance de la lésion dans le ventricule droit ne porte-t-elle pas à penser que des particules emboliques, des greffes cancéreuses étaient venues se fixer sur l'endocarde ? Il est à remarquer que, dans l'endocarde du cœur gauche, on ne trouvait qu'un seul bourgeon carcinomateux venu semble-t-il de dehors en dedans, en continuité avec la plaque extérieure et situé dans l'oreillette, au-dessus de la mitrale.

Dans le poumon, les noyaux cancéreux se trouvaient réunis vers les bases ; on n'en trouvait plus dans la moitié supérieure des poumons. Au niveau du hile, d'un côté comme de l'autre, il n'y avait point de ganglion dégénéré. N'est-ce pas là une raison de penser que ces noyaux du poumon étaient également d'origine embolique et qu'ils venaient soit directement de la veine jugulaire soit de la colonie implantée dans le ventricule droit ?

Cette hypothèse est encore appuyée par les résultats de l'examen microscopique : on a trouvé les veines envahies par les cellules cancéreuses et remplies de fibrine, de globules rouges et de cellules néoplasiques. Ce qui s'était fait dans des vaisseaux de gros calibre semblait donc avoir pu se faire aussi dans les ramuscules veineux.

On a rencontré, il est vrai, un noyau cancéreux dans le rein et un autre dans la rate ; mais le foie et le cerveau n'en présentaient aucun. Cette rareté des noyaux cancéreux dans le domaine de la grande circulation est à rapprocher de l'abondance de ces mêmes noyaux dans le ventricule droit et le poumon. Il ne faut pas oublier du reste qu'il existait dans l'oreillette gauche un bourgeon néoplasique, mais un seul.

9. Chute sur le crâne. — Fracture du rocher par contre coup.
— Contusion du cerveau ; par M. E. MEUNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Egr... Christophe, 47 ans, charretier, entré à la Charité, salle Saint-Jean, lit n° 5, dans le service de M. DESPRÉS, le 14 octobre 1881.

Cet homme a glissé du haut d'une charrette chargée et a été relevé sans connaissance. Transporté immédiatement à l'hôpital, il présente les symptômes de lésions graves.

En premier lieu, on constate une perte absolue de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité. Au sommet de la tête et à gauche, on voit une plaie en étoile, au fond de laquelle le doigt ne sent aucune dépression ni solution de continuité. Par l'oreille droite, se fait un écoulement de sang, persistant et abondant. A droite, la face présente les signes d'une paralysie faciale. Les pupilles sont inégalement dilatées. Il n'y a ni déviation conjuguée des yeux ni strabisme. En examinant les yeux à plusieurs reprises, on a constaté une asynergie manifeste des muscles moteurs des globes oculaires. La paupière retombe lentement et ne ferme incomplètement.

On remarque encore que le côté droit du corps est paralysé ; le bras et la jambe sont dans une résolution complète, tandis que, de l'autre côté, les muscles ont conservé leur tonicité. Le cœur est ralenti ; la respiration est irrégulière, stertoreuse.

Le malade est dans le même état, lorsque M. Després le voit à sa visite du 15. L'hémorrhagie par l'oreille a persisté une partie de la nuit. Le blessé a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. M. Després diagnostique une fracture du rocher à droite et probablement une contusion cérébrale à gauche.

16 octobre. On trouve une certaine raideur du bras et de la jambe droite. En présence de ce nouveau symptôme, la contracture, M. Després affirme l'existence de la contusion cérébrale. — Mort dans la journée.

AUTOPSIE, faite le 17 octobre au soir. — Après avoir enlevé les téguments péricrâniens et scié la voûte, on constate ce qui suit : Du côté du squelette, sur le pariétal gauche, est une légère dépression de la table externe au point de la plaie et tout autour une vascularisation notable. De ce point, ne part aucun trait de fracture. La table interne est intacte.

Sur le pariétal droit, dans la moitié inférieure, deux traits de fracture convergent l'un vers l'autre et se rencontrent à la suture temporo-pariétale. Le cerveau enlevé, ainsi que la dure-mère de la base du crâne autant que possible, on voit deux autres traits de fracture divergents et se continuant avec les premiers en formant un X. L'un divise longitudinalement le rocher en deux moitiés inégales, l'autre traverse en diagonale la fosse cérébrale moyenne. Entre la dure-mère et l'écaille du temporal est un épanchement de

sang en nappe peu épais mais assez large et coagulé, provenant de la blessure d'une branche de l'artère méningée moyenne. Nulle part on ne trouve d'autre fracture.

La dissection a fait constater que la fracture du rocher n'intéressait ni l'oreille interne ni le conduit du nerf facial. Le trait parcourait la paroi antérieure du conduit auditif externe, de la caisse du tympan, la gouttière du grand nerf pétreux supérieur, et le canal de la carotide interne. Ainsi, le sang avait pu facilement s'écouler par l'oreille. Il avait pénétré également en arrière et en dedans de la glande parotide, et avait filtré autour des muscles du bouquet de Riolo, en très petite quantité.

Du côté de l'*encéphale*, il n'y a aucun épanchement dans la cavité arachnoidienne.

L'hémisphère droit est sain, mais l'hémisphère gauche est notablement altéré. L'arachnoïde se rompt au niveau du lobe temporo-sphénoïdal et laisse échapper des caillots de sang. Ce lobe est comme broyé, et n'est plus qu'une bouillie composée en partie de sang pur coagulé et d'une pulpe rougeâtre. Le sang s'est infiltré dans les espaces sous-arachnoidiens, tout autour de l'hémisphère, et s'y est coagulé. L'infiltration s'est étendue jusqu'au lobe frontal droit. La face supérieure de l'hémisphère gauche est absolument saine. Par une section transversale, on constate que la contusion a respecté le noyau caudé et les couches optiques, les deux tiers antérieurs du noyau extra-ventriculaire; elle s'étend jusqu'aux cornes postérieure et inférieure du ventricule latéral. Le lobe frontal et le lobe occipital ne présentent rien de particulier dans leur épaisseur.

Le cervelet, la protubérance et le bulbe, soigneusement examinés, étaient sains.

RÉFLEXIONS.—Nous avons donc trouvé, en résumé: 1° une fracture par contre-coup vraie; 2° une contusion cérébrale indirecte, mais du même côté que le choc.

On trouve beaucoup plus souvent une fracture indirecte de la base par irradiation et une contre-contusion du cerveau. Le fait que nous relatons est, au point de vue anatomique, un fait rare.

Au point de vue clinique, il n'est pas moins intéressant. L'apoplexie, l'hémiplégie et le stertor, ainsi que la contraction, ont une fois de plus coïncidé avec un épanchement sanguin intracrânien et une contusion énorme du cerveau. Mais, si l'apoplexie, l'hémiplégie et le stertor pouvaient faire supposer l'existence de l'épanchement et de la compression

de l'hémisphère par cet épanchement, la contracture apparue dans la suite et de bonne heure et se surajoutant aux symptômes précédents permettait seule de soupçonner et même d'affirmer la contusion.

Nous avons dit que l'hémiplégie était totale. On pouvait penser que la paralysie faciale avait une cause spéciale, la blessure, déchirure ou compression du nerf facial du même côté par la fracture. Rien dans l'examen des pièces ne nous autorise à admettre cette hypothèse.

10. Communication des deux ventricules. — Sténose de l'artère pulmonaire. — Anévrysme disséquant de cette même artère; par M. RÉVILLIOD, interne des hôpitaux.

Femme de 36 ans, entrée le 15 octobre, dans le service de M. FERNET, à Lariboisière. Elle est enceinte de 7 mois, c'est sa première grossesse. Elle s'est, en général, bien portée, ne mentionne aucune maladie antérieure. Les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, elle se plaignait d'une dyspnée paroxystique, entremêlée de petits accès de toux. Elle a souffert de douleurs abdominales; est en proie à un malaise général, qui la force d'abandonner son travail. Le 12 octobre, elle a une *épistaxis* très abondante.

Le jour de son entrée, ce qui nous frappe chez elle, c'est une cyanose très marquée au visage et aux extrémités surtout; cette cyanose existait, au dire de la malade, *depuis son enfance*. Jamais la malade n'a eu de palpitations. Les membres sont le siège d'un léger œdème péri-malléolaire; il y a une notable quantité d'albumine dans l'urine. A l'auscultation du cœur, nous constatons un souffle systolique à la base, à gauche du sternum. Le premier temps n'est pas très net à la pointe. Les sommets pulmonaires font entendre une expiration légèrement soufflante et un peu rude.

La nuit qui suit l'entrée de la malade à l'hôpital, celle-ci accouche d'un enfant mort. L'accouchement et la délivrance ne présentent aucune complication.

16 octobre. La cyanose a augmenté; dyspnée plus marquée; on entend quelques râles de congestion aux deux bases. Aucun trouble nerveux; intelligence parfaite. Cet état de cyanose et de dyspnée augmente peu à peu les jours suivants.

18 octobre. La malade ne respire qu'avec peine et bruyamment. Elle est étendue sans connaissance. — La mort survient dans la journée.

Autopsie, faite le 20 octobre. — **Poumons**. Congestionnés en arrière. Dans les deux sommets, on trouve quelques tubercules miliaires, en petit nombre. — **Reins**. Substance corticale décolorée; substance médullaire congestionnée, surtout par places. Légère adhérence de la capsule. — **Uterus** normal, renferme quelques caillots.

Cœur augmenté de volume, pèse 450 gr. Le **ventricule droit**, très hypertrophié, sans dilatation, présente en arrière de l'orifice inférieur de l'infundibulum une large ouverture de la grosseur du pouce, qui fait communiquer l'un avec l'autre, les deux ventricules. Cette ouverture est séparée de l'infundibulum par un épais éperon musculaire.

Artère pulmonaire un peu rétrécie à son origine. Elle mesure 60 millimètres de circonférence. Elle ne présente que deux valvules sigmoïdes. A deux centimètres au-dessus de sa naissance, sur sa face latérale gauche, se trouve une rupture transversale qui intéresse les tuniques interne et moyenne. Cette rupture, d'une longueur de 44 mm., a peut être été agrandie pendant l'autopsie, mais elle devait exister au moins en partie avant la mort. Nous trouvons, en effet, que l'artère pulmonaire est criblée de petites plaques athéromateuses en grand nombre. De plus, entre les tuniques externe et moyenne, la première étant intacte, se trouve, au niveau même de la rupture que nous avons mentionné, un caillot rouge et mou, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Tout autour de lui, le sang s'est infiltré dans les parois artérielles, jusqu'à une assez grande distance.

Ventricule gauche. Présenté à sa base, au-dessous des valvules aortiques, l'orifice de communication avec le ventricule droit. **Aorte**. Rien de particulier. **Oreillettes**. Saines. Le trou de Botal est obturé, les traces en sont visibles dans les deux oreillettes.

RÉFLEXIONS. — Ce cœur nous paraît donc intéressant à trois points de vue. 1° Communication large des deux ventricules à leur base. 2° Sténosé de l'artère pulmonaire, muni de deux valvules. 3° Enfin, athérome et anévrysme disséquant de l'artère pulmonaire.

La malade a vécu 36 ans avec ce vice de conformation, elle est morte à la suite d'un accouchement prématuré dans le cours de sa première grossesse, alors même que cet accouchement a été très normal. Nous devons donc chercher la cause de la mort dans son cœur, qui n'a probable-

ment pas pu suffire au surcroît de travail qui résultait pour lui de l'état de gravidité de l'utérus.

11. M. GIBIER montre un *kyste sébacé*, assez volumineux, de la *face palmaire de l'index* de la main droite.

12. *Embolie cérébrale.* — Foyer de ramollissement ancien de l'hémisphère droit. — Destruction du lobule de l'insula. — Dégénération secondaires. — Sclérose fasciculée des cordons latéraux. — Epilepsie. — Mort par broncho-pneumonie caséuse; par MM. BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Les lésions limitées exclusivement au lobule de l'insula sont très rares; le plus souvent la lésion intéresse, à des degrés divers, les circonvolutions voisines. Aussi, ne connaît-on pas encore les symptômes cliniques qui répondent au lobule de l'insula. Dans le cas qu'on va lire — et que nous publions à titre de document — la lésion avait détruit entièrement toutes les digitations du lobule de l'insula.

Carr... François, âgé de 54 ans, charpentier, est entré le 4 juin 1868, à Bicêtre, service de M. BOURNEVILLE.

Renseignements fournis par sa belle-sœur (1). Père, cultivateur, mort on ne sait de quoi. Mère, morte quand notre malade était en bas âge. Deux sœurs en bonne santé, mariées, sans enfants. Pas d'épileptiques, pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Notre malade s'est marié à 34 ans; il ne faisait pas abus ni d'excès de boisson, mais fumait beaucoup. Dix-huit mois après son mariage, il a été brusquement frappé d'hémiplégie gauche: étant à la garde-robe, il est tombé sur le sol et est resté dans cet état, ayant gardé, dit-on, toute sa connaissance (?), jusqu'à ce que sa femme, étonnée de son absence, vint à son aide. Il serait resté 15 jours au repos forcé, après quoi, il recommença à marcher en trainant la jambe et en se soutenant sur une canne.

Les accès d'épilepsie se sont déclarés environ six ans après l'attaque paralytique. Durant cet intervalle, notre malade gagnait sa vie à ouvrir les portières des voitures sur la voie publique et s'adonnait en même temps à la boisson. Par suite de la multiplicité des accès, il dut renoncer à son travail et entrer à Bicêtre. A l'hospice, il persévéra dans ses habitudes d'alcoolisme, et l'on dut le faire

(1) C'est ce qui explique l'insuffisance des renseignements.

passer de l'hospice des vieillards dans la Section des épileptiques.

Il y a quatre ans, il avait encore de la mémoire, reconnaissait tout son monde, avait une conversation suivie. Aujourd'hui, sa mémoire a totalement disparu, et il reste indifférent aux choses du dehors. En même temps que les facultés mentales, le physique s'est notablement affaïssé depuis cette même époque, et il s'est produit, paraît-il, un amaigrissement considérable. A part l'état parétique dépendant de l'ictus primitif, le malade n'a présenté d'autres symptômes de lésion encéphalique, durant ce laps de temps, que des atteintes intermittentes de *céphalalgie*. On ne trouve d'ailleurs aucun antécédent morbide chez lui. Il a deux filles de son mariage, âgées l'une de 22 ans et l'autre de 17 ans, toutes deux de bonne santé.

1880. *Septembre*. *Erysipèle phlegmoneux* de la paroi thoracique consécutif à un *anthrax*. Incision et pansement de Lister.

1881. 10 *juin*. Le malade présente un état d'agitation considérable, cherche à sortir du lit, prononce des paroles incohérentes. Il a eu deux accès hier (chloral. 4 gr.).

11 *juin*. Un accès hier. Ce matin, l'*excitation maniaque* est remplacée par un état de *torpeur* très prononcée; la respiration est rapide et embarrassée, avec un léger degré de stertor. On ne trouve de symptômes localisés ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Pas de troubles de la sensibilité (ventouses sèches sur le thorax; ventouses scarifiées à la nuque; lotions vinaigrées; sinapismes aux membres inférieurs; potion cordiale). T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,4.

12 *juin*. La stupeur a diminué. Lorsque l'on explore, par la piqure, la sensibilité d'un des membres paralysés, on voit le membre correspondant du côté sain s'agiter de violents mouvements réflexes. T. R. 38°,6 (lavement purgatif; potion de Todd; café).

21 *juin*. Un accès. Car... n'en avait pas eu depuis le 10; amélioration.

Examen physique. (22 *juillet*). *Tête* : Crâne symétrique; calvitie complète; la suture sagittale se dessine sur la peau, en forme de crête. L'occipital est déprimé, au niveau de son articulation avec les pariétaux; le cuir chevelu présente une cicatrice en Y répondant exactement aux traits de suture. Le visage est asymétrique par suite de la paralysie faciale qui occupe le côté gauche. On note l'effacement du sillon naso-jugal, la déviation du nez, l'abaissement de la commissure buccale, en même temps

que l'affaissement de la joue et du menton. La langue se dévie du côté paralysé.

Thorax et abdomen normalement conformés.

Membres supérieurs : Le bras gauche est roide, avec contracture; l'avant-bras et le poignet sont en pronation forcée avec demi-flexion; les doigts sont repliés sans raideur dans le creux de la main, tandis que le pouce se trouve en légère adduction. Du côté droit, l'attitude est normale.

La mensuration comparative des deux membres donne les résultats suivants :

	A droite.	A gauche.
A 25 cent. au-dessus du coude	25 cent.	20 cent.
Au niveau du coude (demi-flexion). . .	24 —	23 —
A 20 cent. au-dessous du coude	21,5	18,5
A 5 cent. au-dessus du poignet. . . .	17	15,3

Membres inférieurs : A droite, le membre est dans l'extension et repose sur son bord externe. A gauche, il est également en extension, mais tend à croiser celui du côté opposé en se plaçant au-dessus. L'émaciation est appréciable à l'œil nu; la saillie rotulienne se détache nettement, et, au-dessus du genou, se dessine un méplat dû à l'amai-grissement de la cuisse. A la surface de la jambe existent plusieurs cicatrices, d'origine traumatique. Le pied présente sur sa face dorsale, au niveau des métatarsiens, un empatement œdémateux et sur la peau on voit un lacis veineux très développé. La face plantaire, au niveau de la tête du premier métatarsien, est le siège d'un *mal perforant*. L'ulcère affecte les dimensions d'une pièce d'un franc; le stylet s'y enfonce à une profondeur de 6 millimètres sans déterminer de douleur; tout autour existe la couche de squames épidermiques habituelle, au-dessus de laquelle la sensibilité reste normale. Voici les mensurations comparatives des deux membres :

	A droite.	A gauche.
A mi-cuisse	38 cent.	37 cent.
A 10 cent. au-dessus de la rotule. . . .	33	32
Au genou (extension)	32	31
A la jarrettière	26,5	25
A mi-jambe	26	24
Au-dessus des malléoles.	22	22
Au cou-de-pied.	31	33
Articulation médio-tarsienne.	24	25
A l'avant-pied (1)	24	24,5.

(1) Les mesures plus élevées pour le pied gauche s'expliquent par l'existence d'un peu de gonflement.

Les *réflexes tendineux* sont normaux du côté droit tant au coude et au poignet qu'au niveau du tendon rotulien. A gauche, la percussion des tendons extenseurs au coude et au poignet ne détermine rien d'anormal, mais, au genou, l'exagération des oscillations de la jambe est très manifeste. Un choc très léger sur le tendon rotulien produit une forte secousse initiale suivie d'une série d'oscillations décroissantes. L'extension brusque et forcée du premier orteil s'accompagne de la *trépidation du membre*. Après trois ou quatre essais de cette sorte, la trépidation, d'abord passagère, devient permanente, assez violente, et n'est plus influencée par l'extension de l'orteil. Elle dure environ 10 minutes et disparaît peu à peu.

La *sensibilité générale* est intacte des deux côtés; toutefois, il y a exagération des réflexes du côté gauche. — Fonctions digestives normales. — Battements du cœur réguliers, sourds à l'auscultation; le second bruit est très effacé; pas de souffle. — La poitrine est mate en arrière; dans ses deux tiers supérieurs, le murmure vésiculaire se perçoit difficilement.

L'affaissement intellectuel est considérable; le malade parle avec netteté, mais répond sans raison aux questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée dans le service, il n'a pas travaillé; il passe son temps à fumer et à se promener dans la cour, il marche à l'aide d'une canne que ses compagnons lui enlèvent quelquefois, parce qu'il s'en sert pour les frapper; il raconte souvent qu'il a été occupé chez le général Morin où il astiquait les harnais, et demande sans cesse la même occupation ici. A une époque de son séjour, il s'était ingénié à boire son urine pour guérir ses accès d'épilepsie et à se faire tirer violemment le bras paralysé par d'autres malades, afin de guérir sa paralysie.

23 juillet. Le malade qui, depuis quelque temps, avait recouvré son état normal, retombe aujourd'hui dans la stupeur et l'adynamie; l'oppression est intense (50 respirations par minute). Les pommettes du visage sont rouges. Le pouls petit, rapide, assez régulier, est de 130 pulsations. A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend difficilement. Il existe de la matité dans toute l'étendue du thorax. Les vibrations vocales sont exagérées. La sensibilité est normale des deux côtés; les réflexes sont plus prononcées du côté gauche. (Vomitif. Vésicatoire. Potion avec rhum et extrait de quinquina). Soir : T. R. 39°, 2.

24 juillet. L'état adynamique s'accroît. Les lèvres et la langue se recouvrent de fuliginosités; la dyspnée augmente.

On entend dans le poumon gauche, à la partie supérieure, un souffle bronchique profond, masqué en partie par de nombreux râles sous-crépitaux. A droite, mêmes râles. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse et y répond à peu près exactement. T. R. 39°, 2.

25 juillet. Mort à 3 heures de l'après midi.

AUTOPSIE: 24 heures après la mort. — Absence de rigidité cadavérique.

Thorax: Il existe quelques adhérences pleurales récentes en arrière et à gauche. Tout le poumon droit est friable, dense, crépite légèrement et surnage. A la coupe, il s'écoule une sérosité abondante et non purulente. Le parenchyme est farci d'une multitude de noyaux caséeux dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une lentille. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur, au niveau de la gouttière costo-vertébrale, un foyer de la largeur de la main; le parenchyme est déprimé, d'une teinte feuille morte à la surface; il existe en outre trois ouvertures vraisemblablement artificielles et produites par la pression du doigt qui a dû rompre les adhérences pleurales. Elles donnent accès dans une vaste caverne, à parois déchiquetées. Le reste du lobe est induré; son tissu est comme carnifié, ne crépite pas et plonge quand on le jette dans l'eau. Les vaisseaux sanguins voisins de la caverne sont obstrués par des caillots récents. Le contenu du foyer est constitué par un putrilage gris ardoisé, avec un liquide saniemieux, noirâtre et fétide qui s'écoule par les bronches. Le lobe inférieur renferme de plus, en outre de quelques noyaux de *gangrène* analogues au précédent, mais plus petits, un semis de nodules de broncho-pneumonie caséuse identiques à ceux du poumon droit. Le lobe supérieur est intact. Les ganglions péribronchiques sont volumineux, indurés et anthracosés. — **Cœur:** 430 gr. Surcharge graisseuse principalement sur la face antérieure. Pas de lésions valvulaires. Le ventricule gauche renferme un caillot fibrineux avec des traces de stratification. L'oreillette contient un caillot noir, volumineux et récent.

Abdomen. **Foie,** 300 gr. normal. **Rate,** 130 gr. diffuente. **Reins:** 110 gr. chacun; l'altération sénile est très marquée, surface granuleuse; cicatrices rayonnées dues à d'anciens kystes superficiels; surcharge graisseuse des calices et bassinets.

Estomac: la muqueuse est saine. L'organe renferme des produits noirâtres, semblables au putrilage pulmonaire. **L'intestin et la vessie** sont intacts.

Tête. Le cuir chevelu est très épais et très adhérent : la calotte crânienne est dure et épaisse ; la *pie-mère* est fortement fixée aux sutures de la voûte d'une part, et à la *pie-mère* de l'autre. Le liquide céphalo-rachidien est assez abondant.

Encéphale : 1160 gr. La surface est un peu lavée ; les artères, les nerfs de la base sont sains. Le *tubercule mammillaire droit* est d'un tiers plus petit que le gauche, et de coloration normale. Le *pédoncule cérébral droit* est notablement atrophié, aplati et moins large que le gauche ; il

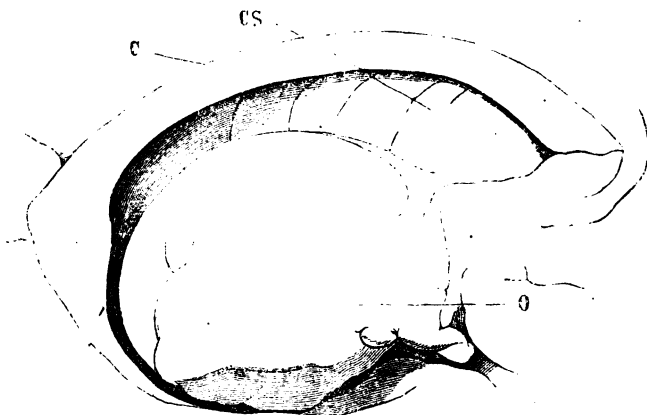


Fig. 7. — C. Corps calleux. — CS. Corps strié. — O. Couche optique.

en est de même pour la moitié droite de la *protubérance*. La *pyramide antérieure droite* est représentée par un cordon aplati, de teinte grisâtre et sur le même niveau que l'olive correspondante. En somme, la *moitié droite de l'isthme de l'encéphale* est moitié moins volumineuse que celle du côté opposé. Sur une coupe, la surface de section du pédoncule cérébral est de deux tiers moindre à droite qu'à gauche. Les *tubercules quadrijumeaux* sont normaux. L'hémisphère cérébral droit pèse 140 grammes de moins que le gauche, et sa longueur est moindre de 1 centimètre. Le cerveau pèse 970 grammes. Le *cervelet* est sain. Ses deux hémisphères sont égaux.

Hémisphère cérébral gauche. La décortication est facile ; les circonvolutions se dessinent nettement ; il n'y a rien d'anormal, tant à la surface que dans les *noyaux gris centraux*. (Fig. 7.)

Hémisphère droit. A travers les méninges, on aperçoit

une dépression considérable au niveau du *lobule de l'insula* et du lobe sphénoïdal. Partout la *pie-mère* se détache aisément, sauf sur les points dont nous venons de parler, où elle est épaissie et d'une couleur brune, rougeâtre, un peu ocreuse. La dépression superficielle est comblée par un réservoir de liquide céphalo-rachidien. La *pie-mère* enlevée, l'hémisphère se montre aplati. On trouve un foyer atrophique qui a détruit : 1° Toute la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale (le reste de cette circonvolution n'est qu'amaigri). 2° La partie inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes; le pli qui unit l'extrémité

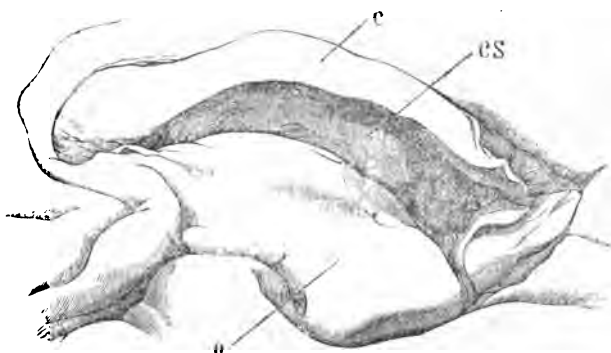


Fig. 8. — C. Corps calleux. — CS. Corps strié. — O. Couche optique.

inférieure de ces deux circonvolutions. 3° La plus grande partie du lobule du pli-courbe. Le lobule de l'insula, dans sa totalité, est détruit; il ne reste plus aucune trace de digitations; la première temporo-sphénoïdale et la partie postérieure de la seconde circonvolution offrent la même altération.

Le parenchyme est remplacé par une sorte de membrane d'aspect gélatineux, de consistance molle et de coloration rougeâtre, sur le lobule de l'insula, de telle sorte que, entre l'extérieur et la paroi ventriculaire, il n'existe plus qu'une mince couche de substance blanche. Les circonvolutions du voisinage sont atrophiées, sans changement de couleur.

Le *corps strié*, considérablement réduit dans son volume, n'existe plus que sous forme de deux petits noyaux du volume d'un gros haricot. La *couche optique* est diminuée d'au moins des deux tiers de son volume et déformée. La paroi du ventricule latéral est très amincie; et, sur le plan-

cher de cette cavité, on voit se lever un faisceau de vaisseaux sanguins (Fig. 8). Sur la coupe des masses centrales grises, on ne découvre pas de lésions en foyer. La capacité du ventricule est peu sensiblement accrue.

Considéré dans son ensemble, l'hémisphère cérébral droit est moins long, moins épais et moins haut que l'hémisphère gauche. Déjà la différence de poids (140 gr.) que nous avons indiquée le faisait pressentir, mais les chiffres suivants en donne une idée exacte :

	Droit.	Gauche.
Longueur des hémisphères . . .	14 cent. 5.	15 cent. 5.
Hauteur	9 — 5.	10 — 5.
Épaisseur	3 —	5 —

En résumé, la lésion a porté sur la totalité du lobule de l'insula et sur toute la partie des circonvolutions que l'on a désigné longtemps sous le nom de circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous offre un exemple remarquable de l'enchaînement régulier des altérations qui se développent dans l'axe cérébro-spinal consécutivement à une lésion cérébrale en foyer, ayant causé une *hémiplegie* et secondairement une *sclérose fasciculée* descendante de la moelle.

I. Il est probable, dans notre cas, que c'est sous l'influence des efforts de défécation du malade qu'un caillot est venu produire l'obstruction vasculaire près de l'origine de l'artère sylvienne. Cette localisation est rendue manifeste par ce fait que le territoire de l'artère de la troisième circonvolution frontale, laquelle, comme on sait, se détache prématurément du tronc de la cérébrale moyenne, se trouve englobé dans la zone ischémisée.

II. Nous n'avons que peu de détails sur les *accès d'épilepsie* : on les disait très violents. Ils s'annonçaient généralement par une période d'excitation accompagnée d'une céphalalgie intense et survenaient principalement pendant le jour. A la fin de la crise, il n'y avait ni écume buccale, ni évacuations involontaires ; maintes fois, ils ont été compliqués d'excitation maniaque, en général passagère, et à laquelle succédait parfois, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes en juin dernier, un état de torpeur qui persistait deux ou trois jours. Il serait difficile, en présence de

cette pénurie de données cliniques, d'affirmer s'il s'agit dans ce cas d'épilepsie vulgaire ou d'épilepsie jacksonnienne. En faveur de cette dernière hypothèse, on pourrait invoquer l'intensité des phénomènes céphaliques, qui précédaient et suivaient la crise. Mais, d'autre part, les accès survenus six ans après l'apoplexie sont allés sans cesse en augmentant, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans l'épilepsie vulgaire. Voici d'ailleurs leur marche de 1871 à 1881.

1868-1870, pas de renseignements.

1871, 35 accès.

1872, 43 —

1873, 17 —

1874, 48 —

1875, 51 —

1876, 46 accès.

1877, 85 —

1878, 112 —

1879, 111 —

1880, 454 —

1881 (7 mois), 39 accès.

III. L'*intelligence* diminuait en même temps que les sentiments affectifs; sa femme était morte, et, néanmoins, il la réclamait non pas par affection, mais pour avoir quelques douceurs. Cette déchéance intellectuelle vient appuyer l'idée d'une épilepsie vulgaire, car, dans l'épilepsie hémiplegique, l'*intelligence*, en général, ne subit pas d'atteinte; elle reste la même. La *santé physique* se maintenait en apparence: le malade allait et venait, ne toussait pas et ne paraissait pas avoir d'oppression; sa voix restait forte; rien en un mot ne faisait pressentir l'existence de lésions pulmonaires, à marche chronique, que nous avons rencontrées à l'autopsie. Le développement de lésions organiques graves, sans réaction appréciable, n'est pas chose rare chez les malades, comme le nôtre, atteint de démence et de débilité mentale.

IV. Nous croyons inutile de revenir sur le caractère et le siège de la lésion. Toutefois, nous devons signaler l'*absence d'aphasie*, avec une lésion de la *partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite*, ce qui vient à l'appui de la théorie qui localise la *faculté du langage* dans la région correspondante de l'hémisphère *gauche*. Nous devons aussi signaler cette *atrophie*, ou, si l'on préfère, cet amaigrissement général des circonvolutions de toute la face convexe de l'hémisphère droit, conséquence d'une lésion survenue à *trente-six ans*. Quel est le rôle de la lésion du lobule de l'insula dans cette atrophie?

V. La *dégénération secondaire*, partie du foyer périphérique, qui avait détruit le lobule de l'insula, les parties avoisinantes des circonvolutions (et en particulier de la frontale et de la pariétale ascendantes), et produit une atrophie considérable de la couche optique et du corps strié (Fig. 7 et 8), s'est propagée à la moelle en atrophiant sur son passage une partie de la couronne rayonnante de Reil et des noyaux gris centraux. D'autre part, il est facile de suivre à l'œil nu les traces de la sclérose descendante à travers l'étage inférieur de la protubérance, du pédoncule cérébral et de la pyramide antérieure du bulbe, etc. Pour ce qui est de l'existence de la sclérose fasciculée dans les cordons latéraux, elle était rendue évidente, pendant la vie, par les phénomènes d'*épilepsie spinale*, l'exagération des *réflexes tendineux* et la *contracture*.

VI. Nous signalerons enfin, comme dernière particularité, la coïncidence du *mal perforant plantaire* avec l'*hémiplegie* sur le côté gauche. L'apparition de cette ulcération sur un membre condamné à une inaction fonctionnelle relative, et par conséquent en dehors des causes externes généralement considérées comme déterminantes du mal perforant, nous permet de ne considérer cette lésion, dans le cas actuel, que comme un simple trouble trophique d'origine centrale. On pourrait donc invoquer ce fait comme preuve à l'appui de la théorie qui considère le mal perforant comme une affection de nature essentiellement nerveuse (1).

13. M. MALÉCOT montre une *fracture du col du fémur* qui, pendant la vie a été prise pour une *luxation*.

Le Secrétaire,

G. BALLET.

(1) Voir sur ce sujet : Duret, *Archives de physiologie*, 1874; — Charcot et Pitres, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877; — Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales*; — H. de Boyer, *Etudes topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux*; — Ferrier, *De la localisation dans les maladies du cerveau*; travaux où sont consignées la plupart des observations connues relatives aux lésions du lobule de l'insula.

NOVEMBRE.

Séance du 4 novembre 1881. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. M. DIETERLEN présente un volumineux *ostéosarcome de l'humérus*, enlevé récemment par M. Marchand.

2. Imperforation complète de l'anus. — *Opération.* — *Autopsie.* — Dilatation du duodénum, simulant un second estomac, terminée du côté de l'intestin grêle par une valvule complète à trajet spiral. — Absence de l'artère ombilicale droite ; par M. J. DARIER, interne des hôpitaux.

Le 17 octobre 1881, un nouveau-né, âgé de deux jours, entre à l'hôpital de la Pitié dans un service de médecine, pour des vomissements. On constate une imperforation de l'anus et on le fait passer en chirurgie, salle Gerdy, dans le service de M. POLAILLON.

La mère, la fille G..., âgée de 26 ans, a eu un premier enfant qui a 20 mois aujourd'hui et qui est fort et parfaitement bien constitué. Sa dernière grossesse s'est passée sans accident. Au huitième mois, elle accouche, chez une sage-femme, d'un enfant mâle en présentation de la face et sans qu'il y ait eu d'application de forceps. Le travail n'a pas duré plus d'une heure. A sa naissance, l'enfant est petit, chétif; son cri est faible, fatigué. Les traits du visage sont ridés, le ventre est ballonné. Il vomit depuis hier soir des matières noires. Il n'a pas pris le sein, ni uriné depuis sa naissance.

L'imperforation de l'anus est complète; il n'existe dans le pli interfessier aucune dépression, aucun tubercule. A la palpation, on ne sent aucune tumeur sous la peau, même pendant le cri. Le bassin est normalement conforme.

Une intervention immédiate ayant été jugée nécessaire, on fait chercher un chirurgien le soir même. M. Kirmisson, venu aussitôt, pratique l'opération. Il fait d'abord une inci-

sion antéro-postérieure étendue du coccyx au périnée, longue de cinq à six centimètres et agrandie encore par la suite. Le tissu cellulaire est coupé couche par couche et rien n'apparaît. La plaie donne pas mal de sang au moment de la résection du coccyx avec des ciseaux. Enfin, pénétrant plus profondément, on découvre, en avant de la pointe du sacrum, un bourgeon rose qui fait saillie pendant le cri, mais qui a la consistance dure d'un organe fibreux. Sa couleur, qui n'est pas celle d'un intestin rempli de méconium, et sa dureté relativement considérable font craindre que l'on n'ait à faire à autre chose qu'au rectum. On pourrait, en effet, se trouver en présence de la vessie anormalement dilatée, ou d'un cloaque.

On introduit donc un stylet fin de trousse par le canal de l'urèthre. Il pénètre sans grande difficulté dans la vessie et l'on peut, avec le doigt introduit dans la plaie, en sentir le bout qui fait saillie au niveau du bourgeon suspect. Pourtant, on remarque que la sensation perçue paraît indiquer l'interposition de plusieurs parois. Trois ponctions aspiratoires successives avec une seringue de Pravaz ne ramènent aucun liquide.

Sur le point d'abandonner l'opération et de pratiquer un anus contre nature, on se décide alors à porter encore une fois le bistouri sur le bourgeon saillant, en en soulevant un pli avec une pince. On voit alors apparaître la couleur noire et l'aspect du méconium vu par transparence. Un dernier coup de l'instrument tranchant ouvre largement le rectum. Aussitôt, des matières noires, demi solides, semblables à du résiné, s'en échappent en grande abondance (400 à 500 grammes). C'est du méconium mêlé d'un peu de sang. La tache sur le linge est vert foncé ou brune.

Les bords de l'incision cutanée sont réunis aux bords de la muqueuse, qui se laisse facilement tirer au dehors. L'incision périnéale est également refermée. Douze points de suturé, et l'affrontement est parfait. Pansement de Lister. L'enfant a crié un peu au début de l'opération, mais n'a pas tardé à s'arrêter.

Le lendemain, 18 octobre, à la visite, on trouve l'enfant faible et très abattu. Il n'a pas voulu prendre le sein; à peine a-t-on pu lui faire avaler quelques cuillerées d'eau sucrée. Le ventre est moins tendu. Fait très remarquable, les vomissements se sont reproduits comme avant l'opération. Les matières rendues sont entièrement semblables à celles qui se sont écoulées par l'anus.

On change le pansement, souillé de méconium. Pendant la journée, l'enfant a fait quelques tentatives pour pren-

dre le sein et boit plus volontiers à la cuiller. Il a pourtant encore vomi des matières noires. La face est encore plus ridée et grippée, les extrémités sont cyanosées et froides. L'enfant semble plus faible et ne crie pas. A 9 heures du soir, mort.

AUTOPSE, le 20 octobre, 36 heures après la mort. — Le cœur est normal, le myocarde puissant ; au trou de Botal, existe une fente oblique qui n'est pas plus ouverte que normalement. *Poumons* sains. nullement congestionnés. Le *péritoine* ne contient pas de liquide, il n'est ni congestionné ni enflammé même dans le petit bassin. *Foie*, *rate*, rien à noter. *Reins* lobulés, infarctus uratiques abondants au niveau des pyramides.

Tube digestif. On remarque tout d'abord que l'estomac, qui occupe sa situation normale, est dilaté, rempli à moitié de gaz et à moitié de matières noires liquides. Faisant suite à l'estomac et séparée de lui par un rétrécissement annulaire, on voit au-dessous du foie une dilatation du tube digestif. Son volume est absolument égal à celui de l'estomac lui-même ; sa forme est la même, car elle offre aussi une grande et une petite courbure. L'épaisseur et la couleur des parois sont identiques. On pense d'abord à un estomac bilobé, mais, on remarque bien vite que, dans cette poche, se déversent les conduits cholédoques et pancréatiques, au niveau de la petite courbure qui est dirigée en arrière. C'est donc une dilatation des deux premières portions au moins du duodénum, simulant un second estomac. Elle est limitée en amont par un étranglement qui n'est autre que le pylore, lequel a sa forme et ses dimensions ordinaires ; en aval, par un rétrécissement en apparence analogue. On constate aussitôt que le passage à ce niveau n'est pas tout à fait libre, mais possible pourtant dans les deux sens.

Sur la pièce insufflée et séchée, qui nous a été demandée pour le musée Dupuytren, on voit, à travers une petite fenêtre pratiquée *ad hoc*, qu'il existe à ce niveau une valvule complète fermant complètement l'intestin, sauf un petit canal creusé dans son épaisseur, canal qui a un trajet spiral long d'un tiers de la circonférence.

Au-dessous, l'intestin grêle reprend aussitôt son calibre normal, et, dans tout le reste du tube digestif, nous n'avons constaté aucune anomalie.

La vessie est normale, contient un peu d'urine non teintée de sang. L'urèthre est normal, on n'y trouve pas de fausse route. Les testicules sont descendus dans les bourses.

Détachant un des côtés de la vessie et écartant les os iliaques, on constate que le bourgeon terminal du rectum, fermé en cul-de-sac, devait se trouver en rapport avec la pointe du sacrum en arrière, avec le col de la vessie et la prostate en avant. Il ne manquait donc strictement que l'ampoule rectale, le bourgeon du feuillet externe de l'embryon. — Le péritoine est intact et se relève à quelque distance au-dessus de l'extrémité rectale incisée.

Enfin, dernière anomalie, l'*artère ombilicale droite* fait entièrement défaut ; on n'en trouve aucun vestige. La gauche a un calibre considérable. L'ouraque est normal. Dans la portion du cordon qui subsiste encore à l'ombilic, on voit par transparence la veine et l'artère. Il n'existe pas de troisième cordon vasculaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Au point de vue clinique, la persistance des mouvements fécaloïdes après l'opération pouvait faire penser à un vice de conformation. Mais, lequel ? La présence de la bile tant dans les matières vomies que dans celles expulsées par l'anus s'opposait à l'hypothèse d'une interruption complète du tube digestif. Mais, certes, on n'aurait pu prévoir la singulière disposition qu'a révélée l'autopsie !

Les quelques recherches que nous avons faites dans les *Bulletins de la Société anatomique* et dans la *Revue des Sciences médicales* de M. Hayem ne nous ont permis de découvrir que deux cas présentant une certaine analogie avec le nôtre.

Le premier se trouve consigné dans la *Med. Zeitung*, 1827, II, page 215 et traduit dans le *Journal des Progrès des Sciences et Inst. méd.*, 1828, VIII^e volume. Le Dr Crooks a observé un enfant venu au monde, un mois avant terme, en présentant tous les signes extérieurs d'une bonne conformation. Six heures après sa naissance, il rendit en vomissant un fluide brunâtre ressemblant à du sang à demi digéré ou à du méconium. Peu de temps après, il eut une véritable hématoméose qui revint périodiquement jusqu'à sa mort, qui eut lieu 65 heures après sa naissance. A l'autopsie, on trouva un estomac très distendu, occupant presque tout le côté gauche de l'abdomen ; le foie descendait très bas, et, entre ces deux organes, on apercevait les intestins agglomérés et ressemblant à un peloton de vers. La sur-

face interne de l'estomac était spongieuse et enflammée, noirâtre en plusieurs endroits, offrait en un mot des plaques de gangrène. Le pylore communiquait à une poche ou second estomac, qui n'avait pas d'autre ouverture que celle du canal pancréatique qui s'ouvrait dans le fond de ce second estomac (il n'est pas question du canal cholédoque), de telle sorte qu'entre l'estomac et les intestins il n'existait aucune communication.

Le second cas appartient à M. Henry (*Bull. Soc. anat.* vol. XLV, 1870, p. 338), qui a trouvé chez un nouveau-né, mort le cinquième jour, le duodénum partiellement dilaté simulant un second estomac et ne communiquant pas avec le reste de l'intestin. Cette poche, de forme cylindrique, avait un volume n'excédant pas celui d'un œuf de pigeon. Ses parois étaient amincies, transparentes. Aucune bride ne la réunissait à la partie inférieure du tube digestif, terminée en cul-de-sac et distante de un centimètre. Les canaux cholédoques et pancréatiques se jetaient dans le bout inférieur.

Dans ces deux observations, donc, il existait une dilatation du duodénum simulant un second estomac. Nulle part nous n'avons vu signaler une valvule à trajet spiral. Nous croirions d'autre part être bien téméraire en rapprochant de notre cas la dilatation du duodénum qui existe chez beaucoup d'oiseaux aquatiques et la valvule spirale duodénale des cyclostomes et des raies et requins!

3. Lithiase biliaire. — Ictère grave. — Cholécytite. — Cancer primitif du foie; par M. H. LORMAND, externe des hôpitaux.

La nommée Billot, âgée de 75 ans, blanchisseuse, entre le 30 septembre 1881 à l'hôpital Beaujon, service de M. MIL-LARD, lit n° 12.

Nous ne retrouvons rien de particulier dans les antécédents de cette malade. Elle a eu le choléra en 1848. Depuis 18 mois, sa santé s'est dérangée, l'appétit est devenu moins bon, presque nul dans ces derniers temps. Depuis 3 mois, elle a été obligée de cesser tout travail, tant à cause du mauvais état de sa santé générale que des douleurs qu'elle éprouvait souvent dans l'hypochondre droit. Elle ne s'est jamais aperçue d'avoir la jaunisse. C'est dans cet état qu'elle se présente à l'hôpital, le 30 septembre.

C'est une femme de taille moyenne, très grasse, mais qui cependant a maigri depuis quelque temps. Elle a une teinte subictérique, la langue est blanche, sale; l'appétit est nul, pas de vomissements. Dès le jour de son entrée, elle est prise de « coliques » très vives au niveau de l'hypochondre droit, le teint devient plus jaune, l'ictère est plus net.

En examinant la malade, on trouve un foie qui déborde un peu les fausses côtes et, malgré l'épaisseur très grande des parois abdominales, on parvient à sentir, au niveau de la partie moyenne du bord des fausses côtes droites, une tumeur arrondie, rénitente, grosse comme un petit œuf et qui est reconnue pour être la vésicule biliaire distendue. Les téguments sont jaunes, la peau est sèche, les urines couleur acajou. Les matières fécales sont décolorées. Pas de fièvre. Les autres organes paraissent sains. Le diagnostic est *lithiase biliaire*.

11 octobre. Douleur très vive au creux de l'estomac. Ictère plus foncé. Epistaxis.

25 octobre. L'état général est meilleur : l'ictère tend à disparaître. La région hypochondriaque droite est toujours un peu douloureuse.

29 octobre. L'ictère devient de nouveau plus foncé. Prurit cutané. La langue est sèche, la malade est abattue. Epistaxis.

6 novembre. Nouvelle épistaxis, grande faiblesse, amaigrissement. Le teint est jaune foncé. Pas d'ecchymose sur les téguments.

7 novembre. Epistaxis. Pouls petit; faiblesse très grande. La malade est très déprimée. Léger œdème des cuisses. Matières fécales de couleur normale.

8 novembre. Le pouls est faible. Les extrémités sont froides. La malade se plaint d'une douleur à l'épigastre. Le soir, vomissements de couleur noire. Epistaxis. Langue sèche. Pouls 120.

9 novembre. Vomissements noirs très abondants. Les selles sont noires également. La faiblesse est très grande. Dyspnée. Pouls très petit, 116. Extrémités froides. Pas d'ecchymoses sur les téguments. — Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, pratiquée le 11 novembre, à 10 heures du matin. — Les intestins sont surchargés de graisse. Le foie pèse 1650 grammes: il est mou, flasque, d'une couleur jaune sale, sa forme est normale. La vésicule biliaire est très adhérente au foie, elle est distendue, ses parois sont épaissies, dures

à la coupe et ne s'affaissent pas; elle est remplie d'une substance épaisse, de couleur blanc jaunâtre, au milieu de laquelle on trouve plusieurs petits calculs. Deux de ceux-ci sont gros comme une petite noisette. Le canal cystique est distendu et continue la cavité de la vésicule. Au niveau de son orifice est un calcul gros comme une noisette. Ce calcul est adhérent aux parois, il obture l'orifice et est placé de telle façon qu'il peut oblitérer par compression le canal cholédoque, qui est libre.

Quant au foie lui-même, il présente en divers points et surtout au niveau de son bord gauche de petites masses blanchâtres, consistantes, de volume égal à celui d'un gros pois et d'une noisette, légèrement déprimées à leur partie centrale, mais ne faisant pas saillie au-dessus de la surface du foie. Le lobe carré incisé présente une masse plus considérable de ce tissu pathologique, qui a tous les caractères extérieurs du cancer.

Tous les autres organes sont examinés avec soin. L'estomac, les intestins contiennent une matière liquide noire. Ils n'ont aucune trace de lésion cancéreuse, ne sont le siège d'aucune ulcération. La rate, le pancréas, l'utérus, les ovaires sont sains, les reins sont graisseux. Les poumons sont normaux. Le cœur est flasque, un peu gros. Pas de lésion d'orifice.

Notre ami, M. Galliard, interne du service a bien voulu examiner la pièce au microscope et m'a remis la note suivante :

Les noyaux blanchâtres, consistants, disséminés dans le parenchyme hépatique, laissent échapper des cellules arrondies ou polyédriques plus ou moins volumineuses, avec un noyau très gros. Sur des coupes, on reconnaît le stroma caractéristique du carcinôme avec les grandes cellules remplissant les alvéoles. Le tissu conjonctif des espaces est élargi. Il est impossible d'affirmer que les canaux biliaires n'aient pas pris part au processus, mais nous en retrouvons quelques-uns presque normaux, peu irrités. A la périphérie des noyaux carcinomateux, travées rétrécies sur plusieurs points par la dilatation considérable des capillaires sanguins pleins de globules rouges.

L'altération cadavérique est malheureusement trop avancée pour nous permettre des recherches d'histologie fine. Mais, il n'y a aucun doute possible sur l'existence du carcinôme.

RÉFLEXIONS. — L'ictère grave qui, en somme, a causé la

mort de notre malade, avait été regardé pendant la vie comme consécutif à la lithiase biliaire. Certes on a, même après l'autopsie, encore le droit de soutenir cette opinion, mais n'y a-t-il pas aussi un rapport entre cet ictère grave et le cancer primitif du foie. Le cancer, par lui-même, n'avait peut-être pas encore assez évolué pour produire les accidents qui ont emporté notre malade. D'autre part, il est permis de penser que la lithiase seule, qui, en somme, n'avait déterminé l'oblitération absolue que du canal gastrique, n'aurait peut-être pas non plus déterminé ces accidents. En tous cas, il y a ici un rapport pathogénique intéressant.

4. M. DE GENNE montre un *kyste hydatique suppuré du foie*.

5. M. G. BALLET communique l'observation d'une malade atteinte de *dégénérescence secondaire de la moelle* consécutivement à une lésion cérébrale ancienne. Chez cette femme, il y avait abolition des réflexes tendineux, bien qu'il existât une contracture, légère à la vérité, des fléchisseurs des doigts. L'autopsie a donné la raison de ce paradoxe clinique en montrant qu'il existait une sclérose des cordons postérieurs (lésion de l'ataxie locomotrice) concomitamment à la lésion du cordon latéral.

M. CHARCOT fait observer qu'il est intéressant, maintenant qu'on connaît bien la symptomatologie de la plupart des lésions systématisées de la moelle, de fixer les yeux sur les cas dans lesquels les altérations sont complexes, et sur les modifications qu'apportent au tableau clinique habituel des lésions simples, la combinaison de plusieurs lésions entre elles. L'attention a d'ailleurs été déjà dirigée de ce côté, notamment par Westphal, dans son étude sur les altérations combinées de la moelle.

Séance du 11 novembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Farcin chronique. — Amputation du bras ; par M. LA-GRANGE, chef de clinique chirurgicale au Val de Grâce.

C..., Alexandre, 2^e soldat au 24^e régiment de dragons, né à Morre (Ille-et-Vilaine), âgé de 22 ans, entré au service le 10 novembre 1878, est admis au Val-de-Grâce, le 12 octobre 1880.

Cet homme, sans antécédents morbides à signaler, était employé à la maréchalerie. Il pansait des chevaux morveux depuis quelques mois, lorsque, le 20 septembre 1879, il aperçut une petite ulcération sur la peau qui recouvre la face postérieure de la phalange de l'auriculaire droit. Deux mois après, abcès farcineux à la face interne de la cuisse gauche ; tumeur du même genre dans l'aiselle droite, troisième tumeur en avant de l'épitrachée. Au bout d'un mois et demi, les ulcérations laissées par les tumeurs étaient cicatrisées ; le petit doigt lui-même se cicatrisa sous l'influence d'une cautérisation au fer rouge ; mais l'ulcération reparut spontanément, sans abcès.

Sur l'éminence hypothénar correspondant à l'auriculaire malade, deux petits abcès nettement inflammatoires se forment, laissent des ulcérations qui se rejoignent et constituent une vaste plaie sur le bord cubital de la main ; un peu au-dessus du pli du coude, autre abcès rouge, enflammé ; au-dessus de l'olécrâne une ulcération maintenant cicatrisée est survenue à la suite d'un abcès chaud, aigu, datant de la même époque (août 1880).

Au mois d'octobre 1880, le malade entre au Val-de-Grâce. Il porte deux grandes ulcérations sur le petit doigt, sur l'éminence hypothénar, deux ulcérations allongées qui ne tardent pas à se rejoindre, une ulcération à la face antérieure de l'avant-bras. L'état général est très bon, il n'y a ni fièvre, ni inappétence.

Le traitement, que nous résumons, consiste en bains phéniqués, application de cristaux d'acide phénique, de camphre, d'iodoforme sur les ulcérations. Les plaies suppurent abondamment, on panse avec l'huile phéniquée bientôt remplacée par l'iode ioduré, qui est à la fois pulvérisé et

appliqué directement sur la plaie. Le travail d'ulcération semble s'arrêter. M. le professeur GAUJOT fait des injections hypodermiques d'iode ioduré. Elles sont faites tous les trois jours, profondément autour et au-dessous des ulcérations, du 16 février au 9 mars. Un instant, on croit à une amélioration durable, mais le travail ulcératif reprend le dessus.

L'état général se maintient toujours excellent; quelques douleurs rhumatoïdes avec gonflement œdémateux se font sentir au genou gauche et à l'articulation tibio-tarsienne droite. Le gonflement tient non à un épanchement intra-articulaire, mais à un œdème des parties molles périphériques. L'examen du sang montre une leucocytose très marquée.

Mars 1881. On continue le lavage à l'iode. On constate que la plaie de l'avant-bras s'étend profondément dans la masse musculaire de la région. Pansement au chlorate de potasse.

6 avril. Rugination et cautérisation très énergique de toutes les plaies au fer rouge, amputation du petit doigt. Pansement ouaté.

21 avril. Les plaies paraissent marcher vers la guérison, mais le processus infectieux reprend bien vite le dessus.

6 juin. La suppuration est abondante et assez fétide; pour désinfecter les ulcères, application d'éther nitreux. Ce liquide cautérise, à l'insu du chirurgien, une assez large surface autour des plaies. On craint que ces plaies ainsi formées autour de l'ulcère ne s'inoculent. Cette crainte n'est pas fondée; les plaies résultant de la cautérisation accidentelle se cicatrisent rapidement, l'ulcération farcineuse restant dans ses limites antérieures.

Août 1881. L'état général est toujours très bon, l'ulcération est à peu près stationnaire.

Dans le courant du mois de septembre, apparition d'un abcès à la cuisse gauche, à la région sterno-claviculaire; douleurs articulaires et gonflement du genou et de l'articulation tibio-tarsienne; tuméfaction douloureuse du mollet. L'appétit est perdu; quelques frissons; quelques épistaxis. La suppuration est abondante; les plaies élargies sont très douloureuses. Voulant poursuivre sans relâche la lésion locale, ayant épuisé tous les autres moyens, M. Gaujot fait l'amputation du bras; il rugine et cautérise énergiquement les autres abcès. Pendant la durée du traitement local, toutes les ressources de la médication tonique ont été employées.

La pièce anatomique mérite la description suivante : Le

petit doigt a été amputé ; l'éminence hypothénar est toute entière recouverte sur sa face dorsale et sur sa face palmaire par une ulcération assez profonde. Le fond en est rouge, parsemé de points gris foncé, il est assez régulièrement constitué par des fongosités peu élevées ; les bords sont déchiquetés, irréguliers ; un cercle brunâtre entoure l'ulcération. Au niveau de ce cercle brunâtre, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont épaissis. L'ulcération ne remonte pas au-dessus de la face interne du poignet.

Sur la face dorsale et à la partie inférieure de l'avant-bras, ulcération plus jeune, par conséquent moins profonde. Son aspect est à peu près le même, les bords sont moins indurés ; ils sont déchiquetés et un peu décollés. Cette ulcération ne dépasse pas la couche superficielle du tissu cellulaire sous-cutané. Elle est un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. A la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras, troisième ulcération de forme allongée, large de quatre millimètres, longue de cinq centimètres ; elle est profonde, a détruit l'aponévrose et intéressé le muscle fléchisseur superficiel, ou du moins le tissu conjonctif inter-musculaire.

Une quatrième ulcération, presque cicatrisée, dernier vestige de la cautérisation accidentelle dont il est parlé dans l'observation, est placée un peu au-dessus de l'olécrâne. Elle est en voie de guérison. Autour d'elle, on constate une cicatrice blanchâtre assez étendue, siégeant au niveau de la cautérisation produite par l'éther nitreux.

Enfin, une cinquième ulcération, consécutive à un petit abcès, s'est formée sur la face dorsale du pouce, au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne ; les bords en sont irréguliers et très décollés, le pourtour brunâtre, le fond gris sanieux recouvert par une quantité considérable de pus concrété. Elle est développée aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané.

Telle est la disposition générale de ces ulcérations, voyons maintenant quel est l'état du tissu sur lequel elles reposent.

Trois d'entre elles sont sus-aponévrotiques, les deux autres ont détruit l'aponévrose. Si nous faisons une section normale à la surface de l'une quelconque des trois premières, nous trouvons un tissu compact, durci, s'étendant à trois ou quatre millimètres au-dessous du fond de l'ulcération.

Tout autre est le tissu sur lequel s'est développée l'ulcération de l'éminence hypothénar ; ici, l'aponévrose ayant été détruite, nous sommes en pleine masse musculaire. Ce

tissu est friable, durci en quelques points, ramolli en beaucoup d'endroits; on y voit de petits noyaux puriformes, blancs-verdâtres. Il y a beaucoup de vaisseaux capillaires. Toutes les parties molles qui entourent le cinquième métacarpien ont été détruites, éliminées ou infiltrées par le tissu de mauvaise nature; l'os sous-jacent est friable, ramolli, le couteau y pénètre en éprouvant une faible résistance.

Le canal médullaire de cet os est considérablement agrandi, la substance compacte est réduite à une mince coque, et encore cette coque est-elle perforée par des tractus de tissu rougeâtre, qui mettent le canal médullaire en communication avec la substance même de l'ulcération. L'extrémité inférieure de ce métacarpien est érodée, la partie spongieuse est transformée en une cavité pleine d'une bouillie sanieuse, que cloisonnent de rares trabécules osseuses. Ces trabécules ne résistent pas, d'ailleurs, à l'instrument tranchant.

L'articulation du cinquième métacarpien avec le pyramidal ne paraît pas envahie; les articulations carpiennes, ainsi que l'articulation radio-carpienne, sont intactes.

Examen histologique.—Le raclage donne des éléments embryonnaires mélangés de globules sanguins. L'étude microscopique a été faite surtout sur l'ulcération de l'éminence hypothénar et sur l'ulcération profonde siégeant à la partie postérieure de l'avant-bras. Les coupes ont été perpendiculaires à la surface ulcérée.

On trouve une première couche, épaisse de deux millimètres environ, constituée par des cellules embryonnaires tassées les unes contre les autres, et séparées par une minime quantité de substance amorphe. Dans cette couche, viennent se terminer en cœcum, plus ou moins dilatés, un grand nombre de capillaires gorgés de globules rouges. A l'extrémité de quelques-uns de ces vaisseaux, s'est produite une petite hémorrhagie, démontrée par des amas arrondis et relativement volumineux de globules sanguins.

Au-dessous de cette zone embryonnaire, se trouve une deuxième couche de faisceaux musculaires striés; ces fibres sont pour la plupart coupées transversalement et montrent leur champ de Conheim. Quelques-unes, longitudinales, montrent nettement leur situation. Les noyaux ont proliféré. On remarque beaucoup de vésicules graisseuses. Des cloisons conjonctives assez épaisses séparent les faisceaux musculaires et limitent ainsi des loges dans les-

quelles, entre ces éléments striés, on trouve un grand nombre de vésicules adipeuses. La moitié des fibres musculaires environ a disparu.

Ces deux premières couches sont placées sur une zone assez épaisse de tissu fibreux; au niveau de l'ulcération profonde de l'avant-bras, ce tissu, dense et abondant, repose sur les parties molles de la région.

Cette couche fibro-conjonctive n'est point parfaitement uniforme; on y rencontre un assez grand nombre de faisceaux musculaires peu ou point altérés; de telle sorte, qu'en certains points, les fibres musculaires malades de la deuxième couche se continuent graduellement avec le tissu musculaire sain.

Au niveau de l'éminence hypothénar, cette gangue conjonctive est moins épaisse; elle est infiltrée d'éléments embryonnaires; en certains points même, elle n'existe pas, et le tissu embryonnaire est directement appliqué sur ce qui reste de la substance du cinquième métacarpien. Il n'en reste plus qu'une mince coque percée en maints endroits et mettant la moelle osseuse en communication directe avec le tissu de l'ulcération. Cette moelle renferme un grand nombre de globules blancs, de médullocelles et de globules rouges. On y constate encore des éléments plus petits, arrondis, ayant la moitié du volume d'une hématie. Nous n'y avons pas vu de myéloplaxes. Sur les ulcérations sus-aponévrotiques, on trouve une simple couche de cellules embryonnaires reposant sur une gangue fibro-conjonctive.

Les côtés cliniques et anatomo-pathologiques ne nous ont pas seuls préoccupés: nous avons étudié, à propos du farcin, la question si intéressante des microbes. MM. Gaucher et Charrin ont bien voulu se charger, avec toutes les précautions rigoureuses qu'emploie M. Bouchard dans son laboratoire, de faire la culture de ce microbe. Le pus, le sang, la moelle de l'humérus amputé ont successivement servi à ensemencer des ballons de culture. Le pus a été recueilli à l'abri du contact de l'air dans l'abcès de la région sterno-claviculaire ponctionné à cette intention. Seul, il a produit des germes dans le bouillon ensemencé; les ballons, imprégnés de sang et de moelle humérale, sont restés stériles.

RÉFLEXIONS. — En résumant les points les plus importants de cette observation fort longue et cependant fort écourtée, nous dirons qu'elle est remarquable :

1° Par la formation d'ulcérations primitives, c'est-à-dire

non consécutives à des abcès, ce qui n'aurait jamais lieu d'après les auteurs. (V. Brouardel, In *Dict. encyclop.*)

2° Par la guérison rapide des abcès venus sourdement, chroniques d'emblée, et par la persistance des abcès sub-aigus dus à l'angioleucite. Le contraire aurait lieu d'après les classiques.

3° Par la non-inoculation des plaies accidentelles produites par l'éther nitreux; ces plaies ont certainement subi le contact du pus farcineux et se sont cependant cicatrisées très vite. Ajoutons que la plaie d'amputation a été cicatrisée en quinze jours, par première intention.

4° Par la persistance de la santé générale très bonne pendant deux années, alors que d'habitude des symptômes généraux se produisent dans les trois premiers mois.

Enfin, signalons l'existence des bactériidies dans le pus. Ces bactériidies ont été aisément cultivées; mais on ne peut affirmer qu'elles soient spécifiques du farcin, la réaction physiologique n'ayant pas encore été faite. Le résultat des inoculations faites avec le bouillon de culture sera publié ultérieurement.

7. Note sur l'état des organes et en particulier des muscles dans le choléra des poules; par M. CORNIL, médecin de la Pitié.

M. Pasteur a, comme on le sait, cultivé le microbe du choléra des poules, et obtenu ainsi une série de liquides, plus ou moins virulents, avec lesquels on peut produire, soit les phénomènes de la maladie terminée rapidement par la mort, soit une véritable vaccination préservatrice.

Avec le liquide de culture suffisamment atténué pour ne pas causer la mort, mais assez virulent pour déterminer des désordres considérables, on étudie, à leurs diverses phases et dans leur enchaînement, certaines lésions, en particulier celles des muscles, que j'ai surtout en vue dans cette communication.

Aujourd'hui que l'anatomie pathologique et la pathologie générale se modifient si profondément par l'étude des micro-organismes, j'ai pensé que l'examen histologique de pièces provenant du laboratoire de M. Pasteur intéresserait d'autant plus que le résultat en est immédiatement applicable aux fièvres infectieuses de l'espèce humaine.

Lorsqu'on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une poule, au niveau du muscle pectoral, une goutte d'un liquide de culture très virulent, on détermine la mort de l'animal, dans les vingt-quatre heures, avec les phénomènes généraux du choléra.

Comme la diffusion et la multiplication à l'infini du microbe se sont faites dans les voies lymphatiques, dans le tissu cellulaire, dans le sang, dans les muscles, dans les organes, partout, en un mot, en partant du point d'inoculation, le muscle pectoral du côté inoculé en est complètement infiltré.

Le muscle pectoral est saillant sous l'aponévrose qu'il tend; il est épaissi, plus volumineux que celui du côté opposé. Une section du muscle, suivant la direction de ses faisceaux, montre un tissu lardacé, solidifié, grisâtre, lisse et luisant. En examinant de près cette section, on y voit, à l'œil nu, des lignes et travées blanchâtres et opaques séparant des faisceaux plus transparents, d'aspect vitreux. Il ne s'écoule pas spontanément de liquide puriforme sur cette section. Le tissu musculaire paraît solide au premier abord, mais, lorsqu'on enlève un mince fragment avec les ciseaux et qu'on essaye de le dilacérer méthodiquement avec les aiguilles, on constate qu'il est, en réalité, très friable. On ne peut réussir à isoler les faisceaux primitifs, et ils se cassent en très petits fragments. M. Pasteur a parfaitement noté cette friabilité du muscle.

Voici ce que j'ai observé sur les pièces que l'illustre savant a bien voulu mettre à ma disposition. Les muscles dissociés ou examinés sur une section mince, aussitôt après la mort de l'animal, présentent absolument les mêmes lésions que dans la dégénérescence cirreuse ou vitreuse décrite par Zenker dans la fièvre typhoïde et dans les maladies infectieuses.

Par la dissection, on obtient des fragments de faisceaux primitifs, dont une partie est transformée en un bloc transparent, vitreux, plus large que la portion normale, présentant souvent encore des stries transversales très rapprochées. Un faisceau musculaire offre ainsi une série de renflements vitreux de distance en distance. D'autres faisceaux sont séparés en disques transversaux [minces, dont

la striation fine est encore quelquefois visible. Presque tous les faisceaux sont atteints.

Lorsqu'on colore légèrement la préparation en faisant passer quelques gouttes de la solution violette (1) entre les deux lames de verre, on voit très bien les microbes, et on peut s'assurer qu'il en existe, en quantité plus ou moins considérable, dans les interstices qui séparent les disques vitreux transversaux.

Les faisceaux musculaires interrompus se fragmentent donc parce que l'organisme du choléra des poules est entré dans leur tissu même. Cette fragmentation transversale des faisceaux primitifs est l'origine des blocs vitreux. La substance musculaire, interrompue par places, n'étant plus tendue, revient sur elle-même, et se dispose en blocs plus larges que le faisceau normal, et plus finement striés, parce que les stries se sont rapprochées.

Les préparations obtenues sur les coupes du muscle après durcissement dans l'alcool ou dans l'acide osmique complètent ces données et permettent d'étudier les travées opaques visibles à l'œil nu.

J'ai examiné des coupes longitudinales suivant la direction des fibres, et des coupes transversales, c'est-à-dire perpendiculaires à leurs direction, colorées les unes par les différents violets, les autres par le picro-carminate d'ammoniaque. Les premières ont été décolorées en partie par l'alcool absolu, traitées par l'essence de girofle et montées dans le baume. Ces diverses préparations donnent toutes des résultats analogues, et permettent de tracer une description complète de l'état du muscle.

Sur des coupes longitudinales assez étendues, examinées à un grossissement de 40 diamètres, on voit que les neuf dixièmes des faisceaux primitifs sont fragmentés en travers et vitreux. Les travées ou bandes opaques visibles à l'œil nu ne sont autres que le tissu conjonctif inter-fasciculaire très-épaissi, infiltré par un exsudat fibrineux, à mailles très fines, enserrant un grand nombre de cellules lymphatiques. Dans les mailles de ce réseau, sur les fibrilles de fibrine qui le constituent, on voit une grande quantité de

(1) Solution à 1/100 de violet de méthylaniline 5B, ou solution du violet de gentiane de la fabrique de Berlin.

microbes. Cet exsudat est interposé aux faisceaux de fibres de tissu conjonctif qui sont écartées les unes des autres, et il en résulte des bandes épaisses et opaques visibles à l'œil nu.

Lorsqu'on examine les coupes longitudinales, avec un fort grossissement (200 à 500 diamètres), on voit que les faisceaux primitifs sont habituellement séparés par quelques cellules lymphatiques et par des micrococci. Dans l'intérieur même des faisceaux les fragments transversaux de la substance musculaire sont souvent séparés par des microbes et par quelques cellules lymphatiques. Sur les plus petits de ces disques, et à plus forte raison sur les plus volumineux, on trouve, le plus ordinairement, la striation fine dont nous avons déjà parlé. Parfois, on observe, dans l'intérieur d'une gaine sarcolemmique, un exsudat composé de microbes, de fibrine et de cellules lymphatiques.

Les coupes transversales offrent les mêmes lésions. Ainsi, au milieu des sections transversales des faisceaux primitifs, on observe, de distance en distance, une gaine sarcolemmique qui ne renferme plus de substance musculaire et qui est remplie par un exsudat fibrineux et par l'organisme particulier du choléra des poules.

Les sections longitudinales se complètent donc les unes par les autres, en montrant que l'exsudat fibrineux, les cellules migratrices et les micro-organismes ont pénétré par places dans l'intérieur des gaines du sarcolemme, en détruisant, en mangeant, pour ainsi dire, la substance musculaire striée.

Comme, dans cet empoisonnement avec le liquide très virulent, les animaux meurent rapidement, on n'observe pas d'autres modifications des muscles ; mais nous verrons bientôt, en étudiant les suites de l'injection de liquides moins virulents, ce qu'il advient du tissu musculaire altéré lorsque la vie des sujets en expérience se prolonge suffisamment.

Dans l'empoisonnement aigu et intense, le sang contient beaucoup de microbes ; tous les tissus et tous les organes en sont farcis. Ainsi, les muscles du cœur sont devenus granuleux, sans que leur striation soit modifiée. Les petits grains qui les troublent ne sont autres que les micro-organismes. De même, les cellules du foie, du rein, en sont

pleins. On en trouve dans le rein, entre le bouquet glomérulaire et la capsule de Bowmann, et par conséquent dans la lumière des tubes urinifères.

Le tissu conjonctif sous-cutané, au voisinage de la piqûre, et l'aponévrose musculaire, dans toute l'étendue de la lésion du muscle, sont infiltrés de fibrine disposée en réseau de microbes et de cellules lymphatiques.

En résumant ce qui précède, nous voyons que, par l'inoculation d'une gouttelette de liquide de culture contenant l'organisme du choléra des poules, on obtient, en peu de temps, sa multiplication à l'infini. Sa présence, en quantité étonnante dans le tissu conjonctif et dans le muscle, détermine une inflammation plastique intense, une exsudation de fibrine et de cellules lymphatiques sorties des vaisseaux, puis, en même temps, un état particulier des muscles, des cellules des parenchymes.

Ces lésions cellulaires des organes ont été décrites autrefois sous le nom de tuméfaction trouble des cellules. On sait que cet état s'observe constamment dans les maladies infectieuses de l'homme, dans la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la diphthérie, etc. Dans la fièvre typhoïde humaine, dans la variole, etc., Zenker a décrit aussi la dégénérescence cirrheuse ou vitreuse de muscles, qui est semblable à celle que nous venons de décrire dans le muscle pectoral. Chez les poules, il est facile de s'assurer que la dégénérescence vitreuse des muscles, que la tuméfaction trouble des cellules du foie, du rein et du muscle cardiaque est due à la présence des microbes. Tout doit donc nous faire supposer qu'il en est de même chez l'homme dans les maladies infectieuses. Mais, le délai de vingt-quatre heures, qui est légalement exigé avant que l'autopsie soit faite, empêche de constater rigoureusement chez l'homme la présence des microbes, car la putréfaction cadavérique est déjà commencée.

8. Rotation et déviation conjuguées de la tête et des yeux du côté droit ; hémiplegie et hémianesthésie droite ; fracture du bras gauche, sans anesthésie. — Absence de lésion cérébrales, cérébelleuses et médullaires. — Petit faisceau de sclérose bulbaire d'ancienne date ; par M. GILLES DE LA TOURETTE, interne des hôpitaux.

C..., Louis, âgé de 51 ans, est entré le dimanche 6 no-

vembre 1881, salle Rayer, n° 25, hôpital de la Pitié, service de M. le professeur BROUARDEL. — Le malade est amené dans le coma le plus complet et il résulte des renseignements recueillis auprès du médecin qui a ordonné son transport à l'hôpital et qui l'a soigné autrefois, que C... a présenté, il y a 7 ou 8 ans, des accidents nerveux liés à l'alcoolisme. Depuis cette époque, le malade avait, paraît-il, cessé de s'adonner à la boisson. Le samedi 5 novembre, le médecin avait été appelé pour constater l'état du malade, état qui ne s'est pas modifié depuis, et était survenu subitement, sans cause appréciable.

Etat actuel. Coma, rotation et déviation conjuguées de la tête et des yeux du côté droit; paralysie flasque du membre supérieur et inférieur du même côté, la perception des sensations douloureuses étant abolie de ce côté. Contracture du bras gauche, flexion de l'avant-bras sur le bras. Perception des sensations douloureuses du côté gauche; la jambe se soulevant sous l'influence de la piqure. T. R. 37°, 4. Impossibilité d'analyser les urines, l'introduction d'une sonde ne ramenant pas de liquide.

8 novembre. Mort à 8 heures du soir.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Reins, foie, rate, cœur, poumons normaux. — L'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir aucune trace de lésion dans les méninges, le cerveau et le cervelet. Dans le bulbe, sur une coupe médiane et verticale, petit tractus grisâtre, occupant toute la hauteur et ne se poursuivant pas dans la moelle, qui est saine. Ce petit faisceau sclérosé est peut être en rapport avec les accidents notés il y a 7 ou 8 ans, accidents nerveux sur la nature desquels il a été impossible d'obtenir des renseignements précis. Inutile d'ajouter qu'il n'existait pas trace de traumatisme.

9. Deux noyaux séparés, pesant 6 grammes, représentant l'utérus, chez une jeune fille de 18 ans, non réglée; par M. GILLES DE LA TOURETTE, interne des hôpitaux.

M..., Flavie, 18 ans, domestique, est entrée le 28 octobre 1881, salle Trousseau, n° 33, hôpital de la Pitié, service de M. le professeur BROUARDEL, où elle est morte le 15 novembre, de granulie. Jamais les règles ne s'étaient montrées; mais, à dater de janvier 1881, étaient survenus des vomissements de sang qui duraient 7 à 8 jours et revenaient périodiquement tous les mois. Le dernier vomissement date du samedi 19 octobre. De taille assez élevée pour son âge, M...

a les seins aussi peu développés que possible. En outre, il n'existe pas traces de poils au pubis ou aux aisselles.

AUTOPSIE.—Outre les lésions de la granulie sur lesquelles nous n'insisterons pas, nous constatons l'état suivant des organes génitaux. Le toucher vaginal, pratiqué après la mort, ne permet pas de sentir le col utérin. Après ouverture de la cavité abdominale et enlèvement des viscères, on aperçoit deux ovaires normaux. Les ovaires portent deux trompes assez bien développées, quoique grêles, et qui se rendent à un petit organe rougeâtre, long de 2 cent. 1/2, rappelant vaguement la forme de l'utérus. Cet organe se compose de 2 noyaux, l'un antérieur plus petit représentant le col, l'autre postérieur, plus volumineux, représentant le corps. On introduit un fil d'argent dans une petite ouverture située au sommet du noyau antérieur : ce fil soulève les feuillets péritoneaux reliant les 2 noyaux, ceux-ci n'étant qu'accolés et non unis entre eux. Le noyau postérieur est également percé d'un canal central, mais les trompes qui vont s'insérer à ses angles ne communiquent pas avec la cavité de ce canal. Dépouillés des enveloppes péritonéales, les 2 noyaux pesaient ensemble 6 grammes ; le canal, dont l'antérieur était percé, offrait des dépressions minimes rappelant vaguement les rameaux de l'arbre de vie.

10. Monstre anencéphalien ; présenté par M. MOUTARD-MARTIN, au nom de M. LAURENT, médecin à Brest.

Le monstre que j'ai l'honneur de vous présenter est né le 23 mai 1881, à Homécourt (Meurthe-et-Moselle). La mère, la nommée Marie F..., est bien constituée. Elle est âgée de 34 ans et s'est mariée en 1869. Elle a eu 3 enfants : le premier après neuf mois de mariage ; le second en avril 1872 ; le troisième en septembre 1878. Les enfants ne présentent rien de particulier, si ce n'est une tête assez volumineuse.

Depuis le mois de janvier 1878, c'est-à-dire depuis que la nommée F..., Marie était enceinte de son dernier enfant, elle n'a pas eu ses menstrues. Pendant la dernière grossesse, on ne constate ni signes rationnels, si ce n'est un léger gonflement des seins, ni signes sensibles. La mère n'a jamais senti remuer son enfant, de sorte que cette femme, qui n'avait pas vu ses règles depuis quarante mois, ne croyait nullement être enceinte, lorsque, le 22 mai, vers 4 heures du soir, elle se plaint de coliques très fortes ; et, au bout de dix minutes de souffrance, le placenta est expulsé, sans qu'il y ait une légère hémorrhagie ou perte des eaux. On appelle

de suite une sage-femme qui, au toucher, ne peut rien reconnaître. Les douleurs continuent et, le 23 mai, à minuit et demi, la femme est délivrée. Le cordon qui était grêle avait une longueur d'environ 25 centimètres. Le placenta était très peu volumineux.

Le fœtus monstrueux est venu sans présenter aucun signe de vie. Les caractères extérieurs sont les suivants : Corps peu volumineux, relativement à ses membres qui sont très longs. Le crâne est largement ouvert à sa partie supérieure et postérieure. Le canal vertébral, dans sa partie cervicale principalement, est converti en une large gouttière. Le front fait complètement défaut, de sorte que les yeux sont placés au point le plus élevé de la tête; le nez est épaté, avec des narines presque verticales. Les maxillaires sont volumineux, surtout l'inférieur qui est projeté en avant. Le cou manque complètement; aussi les oreilles viennent-elles reposer sur les épaules. D'après ses caractères, le monstre doit appartenir à la famille des anencéphaliens (classification de Isidore Geoffroy-St-Hilaire).

Séance du 18 novembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Septicémie par rétention du placenta suivie de phlébite utérine et d'infection purulente; par M. H. LUC, interne des hôpitaux.

La nommée Montuelle (Emilie), vingt-quatre ans, fleuriste, est entrée le 21 octobre 1881, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marie, n° 1, service de M. OLLIVIER. Le 20 octobre, cette femme accoucha chez une sage-femme d'un enfant à terme, actuellement bien portant. Comme l'accouchement ne marchait pas aussi vite qu'elle le désirait, la sage-femme administra, à plusieurs reprises, à sa cliente de l'ergot de seigle; puis en voulant hâter la délivrance, elle rompit le cordon, et désespérant d'obtenir l'expulsion du délivre, elle fit transporter la malade à l'hôpital.

Nous examinons la malade à son entrée, et ayant cher-

ché à introduire la main dans l'utérus, nous nous trouvons arrêté par l'orifice interne du col formant un anneau étroit, rigide et infranchissable.

Il est donc bien évident que le placenta se trouve emprisonné à l'intérieur de l'utérus rétracté. Les deux premiers jours se passent bien, la malade n'a pas de fièvre.

Le 23, sa physionomie commence à s'altérer, elle a quelques frissons dans la journée, et la température prise dans le vagin, s'élève à 40°. En même temps, il commence à se produire par le vagin un écoulement fétide.

Il est donc clair que le placenta commence à se putréfier, et c'est à la résorption des éléments septiques produits à l'intérieur de l'utérus qu'il faut rapporter la modification survenue dans l'état général.

Dès l'entrée de la malade, on lui a bien pratiqué quotidiennement des injections vaginales avec de la solution phéniquée au 20°, mais il est évident que cette médication antiseptique n'atteint pas le foyer d'infection, faute de pouvoir pénétrer jusqu'au contact du placenta.

24 octobre, la température oscille entre 39 et 40°, la malade n'a aucun goût pour la nourriture.

25 octobre, nous nous décidons à tenter, coûte que coûte, l'extraction du placenta ; pour faciliter cette opération, nous soumettons la malade aux inhalations de chloroforme, et quand la résolution est complète, nous tentons de nouveau d'introduire la main dans l'utérus ; mais l'orifice interne du col nous oppose un obstacle aussi invincible que la première fois.

En revanche, le placenta commence à s'engager à travers cet orifice, et nous réussissons à en extraire quelques lambeaux. En outre, nous profitons de l'occasion pour faire pénétrer jusque dans l'intérieur de la cavité du corps une longue sonde en gutta-percha à double courant, au moyen de laquelle nous pratiquons un lavage et une désinfection complète de la matrice avec de la solution phéniquée forte. Cette intervention ne semble pas être sans résultat, car le lendemain matin, la température n'est plus que de 30° (la veille elle s'élevait à 40°,6).

Le même jour (26 octobre), le placenta est expulsé spontanément. Il paraît en pleine putréfaction à en juger par l'odeur horriblement fétide qu'il répand. Aussitôt après la sortie du placenta, la sonde à double courant est réintroduite dans l'utérus, et fixée à demeure au moyen de fils et de collodion. Des lavages phéniqués sont abondamment pratiqués à son intérieur.

27 et 28 octobre. Ces lavages sont continués avec la plus

grande régularité. La température oscille entre 37 et 38°. L'appétit est revenu. Le facies est bon. L'écoulement qui se fait par le vagin est dépourvu de toute fétidité.

En somme, nous considérons la malade comme sauvée.

29 octobre, à une heure de l'après-midi, au moment où nous traversons la salle, notre attention est attirée par l'attitude de la malade qui se tient blottie au fond de son lit sous un édredon et d'épaisses couvertures. En nous approchant d'elle, nous la trouvons en proie à un frisson des plus intenses.

Séance tenante, nous plaçons un thermomètre dans le vagin et nous relevons le chiffre colossal de 42°,6. Une heure après, le frisson a cessé, la température est tombée à 38° et la malade dit qu'elle se sent bien et qu'elle mangerait volontiers.

Le fait qui vient de se produire : grand frisson avec élévation colossale mais momentanée de la température, nous paraît assez caractéristique pour que nous n'hésitions pas à diagnostiquer une phlébite utérine et un commencement d'infection purulente devant aboutir fatalement à la mort. A partir de l'apparition du grand frisson, tout écoulement s'est supprimé pour le vagin.

Les jours suivants, les frissons se répètent irrégulièrement ; la température, après s'être abaissée dans leur intervalle, finit par ne plus présenter que des oscillations légères autour de 40°. 1 gramme de sulfate de quinine tous les jours.

1^{er} novembre. Diarrhée. Etat nauséux continu. Quelques vomissements. Glace et eau-de-vie. Depuis le début des accidents pyohémiques, le ventre n'a présenté rien qui pût faire songer à de la péritonite ; il n'est ni distendu, ni douloureux à la pression.

Le cœur est normal. La respiration est fréquente (30 par minute), la malade est comme essoufflée. Depuis deux jours l'auscultation des poumons, surtout en arrière, révèle l'existence des râles nombreux secs et humides, mais sans caractère spécial. Pas de souffle.

Les urines sont normales.

Du 2 au 5 novembre, les frissons continuent à paraître avec la même irrégularité. La température ne quitte plus 40°. Le pouls oscille entre 100 et 130°. La respiration atteint le 5 novembre, le chiffre 40 par minute. Ce même jour, la malade accuse un point douloureux à la base du poumon gauche avec des irradiations dans tout le thorax, dans les épaules et les bras. L'auscultation révèle toujours l'existence des mêmes râles dans la poitrine.

Depuis les huit derniers jours, la malade a énormément maigri et son facies s'est gravement altéré.

6 novembre. La malade accuse toujours des douleurs péribles dans la poitrine et dans l'hypochondre gauche. T. 40°. R. 52, p. 152.

7 novembre. Anhélation de plus en plus prononcée, sueurs fétides. Râles pulmonaires plus nombreux que les jours précédents.

8 novembre. La malade décline de plus en plus. Incontinence de l'urine et des matières. Râles trachéaux perceptibles à distance. Mort le 10 novembre à onze heures du soir.

AUTOPSIE, pratiquée le 12 novembre. — A l'ouverture de ventre, on est frappé de l'intégrité absolue du péritoine. On ne trouve pas à sa surface la plus petite trace d'exsudation ni même de congestion. On trouve seulement au fond de l'excavation pelvienne, la valeur d'une cuillerée de liquide citrin.

Le foie est volumineux et gras. Il pèse 2,170.

Les coupes n'y révèlent aucun abcès. Rate simplement congestionnée. Reins normaux.

L'intestin, ouvert sur toute sa longueur, ne présente non plus aucune altération. Les annexes de l'utérus et les ligaments larges, ne sont le siège d'aucune lésion. Ce qui attire l'attention après ablation de l'intestin, c'est la présence d'un long cordon noirâtre et modérément induré, visiblement distendu par des caillots. On constate que ce cordon est formé par les veines utéro-ovariennes du côté gauche. En pratiquant une ponction dans leur intérieur, on donne issue à un écoulement de pus.

Cette phlébite purulente s'arrête, supérieurement immédiatement au-dessous de l'embouchure des veines utéro-ovariennes dans la veine émulgente gauche, Inférieurement, elle se prolonge jusque dans l'épaisseur des parois utérines.

L'utérus ne présente rien d'autre à signaler; il est revenu sur lui-même, sa surface muqueuse est bilieuse et imprégnée de caillots.

Cavité thoracique. A l'ouverture du thorax, on trouve dans chacune des deux plèvres, trois cents grammes environ de liquide séro-purulent.

Le poumon droit est rendu adhérent à la plèvre pariétale par des brides de formation récente, infiltrées de pus et disséminées sur toute sa surface. Ces adhérences sont plus résistantes au sommet qu'ailleurs. A gauche, il n'existe

d'adhérences qu'au sommet et elles sont très faibles. Les scissures inter-lobaires sont occupées par un exsudat fibrino-purulent agglutinant les surfaces lobaires correspondantes.

En palpant le parenchyme des *poumons*, on sent nettement dans leur épaisseur des noyaux arrondis, légèrement indurés, du volume d'une noisette, quelques-uns faisant, à la surface du poumon, une saillie jaunâtre. En faisant des coupes sur ces organes, on constate que ces noyaux correspondent à de petits abcès arrondis, bien limités par une membrane pyogénique blanchâtre. La plupart renferment un liquide franchement purulent.

Au sommet gauche, et à la partie postérieure du lobe inférieur droit, on rencontre des abcès plus volumineux renfermant une bouillie noirâtre, fétide et comme gangréneuse. La plupart de ces abcès sont immédiatement sous-jacents à la plèvre. Celui du sommet gauche n'est séparé de la cavité pleurale que par une très faible épaisseur de tissu et ses parois se seraient rompues avec la plus extrême facilité. Ces abcès ne paraissent pas communiquer avec les bronches. A leur pourtour, le parenchyme pulmonaire est congestionné, presque hépatisé. Le lobe inférieur droit offre même une hépatisation complète dans sa moitié postérieure, qui ne surnage pas dans l'eau.

A l'intérieur du péricarde, on recueille une centaine de grammes de liquide citrin, non purulent. Point d'exsudat à sa surface. Aucune lésion du cœur ; on trouve un énorme caillot organique dans le cœur droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Cerveau intact.

RÉFLEXIONS. — Le principal intérêt de cette observation nous paraît résider dans l'apparition successive, chez une même malade, de deux ordres d'accidents autrefois confondus avec bien d'autres et englobés sous la dénomination vague de fièvre puerpérale.

Aujourd'hui, les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de reconnaître que les femmes peuvent succomber, dans la période puerpérale, à des complications complètement différentes au point de vue de la pathogénie qui les développe et des lésions qui les caractérisent et donnant lieu, pendant la vie, à des symptômes spéciaux dans chaque cas.

Ces complications peuvent se ramener à quatre : 1° La lymphangite péri-utérine pouvant aboutir à la résolution

Soc. ANAT.

ou à la suppuration. 2° La péritonite localisée au bassin ou généralisée, succédant à la lymphangite ou à une lésion traumatique de l'utérus (perforation, déchirures). 3° La septicémie, résultant de la résorption consécutive à la production d'un foyer putride à l'intérieur de l'utérus (rétention dans l'utérus d'un placenta ou d'un fœtus putréfiés. 4° La phlébite, donnant lieu à l'infection purulente et caractérisée cliniquement par l'apparition de frissons irréguliers et anatomiquement par la production d'abcès métastatiques.

Nous n'avons à nous occuper ici que des deux derniers accidents : la septicémie et l'infection purulente, car ce sont eux qui se sont succédé chez la malade dont nous relatons l'histoire. Les caractères qui les différencient nous paraissent ressortir nettement de cette observation.

La septicémie est engendrée par la résorption d'éléments septiques (ici c'est le placenta putréfié qui constituait le foyer infectieux). La cause des accidents est tangible : elle se révèle par un écoulement fétide. Il suffit de supprimer le foyer en extrayant le placenta et de modifier la fétidité de l'écoulement au moyen de lavages phéniqués pour faire disparaître les phénomènes d'intoxication.

Dans le cas de phlébite, le foyer d'infection n'est plus accessible à l'intervention, comme dans le cas précédent, car il n'est plus à l'intérieur de l'utérus, mais à l'intérieur d'une veine enflammée. Là, il y avait un écoulement vaginal fétide : ici, tout écoulement est supprimé.

L'allure de la fièvre n'est pas la même dans les deux cas ; dans le premier, elle se maintenait continuellement à un chiffre élevé ; dans le second, elle était marquée par des frissons irréguliers et par de grandes oscillations chroniques.

Quant au pronostic, il est bien différent pour l'une et l'autre complication. S'agit-il d'accidents septicémiques ? Ils cesseront si l'on peut supprimer à temps le foyer et on peut souvent obtenir ce résultat. Au contraire, dès que s'est montré le premier grand frisson caractérisant la phlébite, on se trouve en présence d'une femme que l'on peut considérer comme irrévocablement condamnée à succomber, sans qu'on puisse en aucune façon intervenir en sa faveur.

12. Sur la distribution des nerfs dans les voies biliaires extra-hépatiques; par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux.

Le mode de distribution des nerfs dans les voies biliaires (vésicule, canal cholédoque), n'est pas aussi simple qu'on le décrit dans les livres classiques. Les filets nerveux, par leurs divisions ultimes, constituent des plexus annexés à l'appareil musculaire des voies biliaires et très analogues aux plexus d'Averbach qu'on rencontre dans l'intestin. Les éléments nerveux entrant dans la constitution de ces plexus sont surtout des fibres grêles de Remak, mais il existe aussi quelque tubes à myéline assez volumineux. Nous attirons l'attention sur la présence de petits ganglions microscopiques, placés en général à l'intersection des filets qui circonscrivent les mailles du plexus.

Ces ganglions sont formés par des cellules nerveuses en nombre variable, depuis 2 jusqu'à 12 ou 15, qui peuvent être enclavées entre les tubes nerveux ou placées en dehors d'eux. Bien qu'il soit assez difficile de constater les connexions précises des cellules avec les tubes, on peut en apercevoir qui sont appendues à eux, comme des grains de raisin.

Dans le canal cholédoque du cobaye, cette disposition plexiforme présente les mêmes caractères que dans la vésicule. Chez le chien, le cholédoque est enveloppé par deux plans musculaires superposés, qui vont s'amincissant à mesure qu'on s'éloigne de l'intestin. Sur des coupes longitudinales, on distingue entre ces deux couches musculaires de petits ganglions qui deviennent plus volumineux quand on se rapproche de l'ampoule de Vater.

Nous devons signaler, en outre, dans la couche sous-muqueuse, d'autres ganglions composés de 6 à 8 cellules, le plus souvent, placés au point de jonction de la muqueuse intestinale, qui s'arrête brusquement, et de celle des voies biliaires. Ces amas nombreux de cellules ganglionnaires, autant qu'on en peut juger par l'examen d'une série de coupes longitudinales pratiquées à ce niveau, doivent former autour de l'ampoule de Vater une sorte de collier. — Ils sont certainement une dépendance du plexus de Meisner. Nous avons vainement recherché, dans le reste de l'étendue de la couche sous-muqueuse du cholédoque et de la vésicule, la présence de ces ganglions.

Le rôle physiologique de ces plexus ganglionnaires se rapporte à l'innervation des muscles lisses qui sont annexés aux voies biliaires. Pour ce qui est de l'aggloméra-

tion des ganglions autour de l'ampoule, ne peut-elle pas être invoquée pour expliquer la sensibilité spéciale de cette partie de la muqueuse intestinale dont l'irritation, par l'application de liquides caustiques, par le contact du produit de la chylofication, etc., détermine presque immédiatement la contraction de la vésicule et l'écoulement de la bile? Les plexus ganglionnaires de la vésicule ont déjà été indiqués en Allemagne par Léo Gerlach; ceux du cholédoque n'ont pas été décrits, que nous sachions.

Les préparations qui ont servi à nos reproductions photographiques ont été faites sur le cobaye, à l'aide de l'imprégnation au chlorure d'or, suivant les procédés usuels. En étalant la vésicule et le cholédoque et en les dilacérant légèrement, on met en évidence les ganglions.

Sur le chien, nous avons pratiqué des coupes longitudinales étendues, comprenant l'ampoule de Vater et trois centimètres du cholédoque. Les ganglions péri-ampullaires ou inter-musculaires apparaissent aisément.

Il ne nous a pas été possible, à cause de l'absence de pièces fraîches, nécessaires pour les imprégnations au chlorure d'or, de vérifier sur l'homme tous ces détails. Mais il est bien vraisemblable qu'ils sont au moins applicables à la vésicule, qui est pourvue d'un bon nombre de faisceaux musculaires. — Pour le cholédoque, les fibres lisses, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, sont peu abondantes d'après nos observations, néanmoins, elles sont incontestables.

Nous nous proposons de publier ultérieurement une note plus étendue sur ce sujet.

13 .Nouveaux faits relatifs à l'étude des dégénérations bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau; par M. le D^r A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

J'ai eu l'honneur de communiquer, il y a quelques mois, à la *Société de biologie* (séance du 25 juin 1881), quatre observations dans lesquelles des lésions unilatérales du cerveau avaient donné lieu à des dégénérations secondaires, occupant symétriquement les deux cordons latéraux de la moelle épinière. J'ai recueilli, depuis cette époque, deux faits du même genre, dont je rapporterai brièvement les détails, en plaçant sous les yeux des membres de la Société anatomique les préparations qui s'y rapportent.

OBSERVATION I. — Leb... Joseph, 71 ans, menuisier, est entré

en 1877 à l'hospice des vieillards de Bordeaux (service de M. le D^r VERGELY) à titre d'indigent. En 1878, première attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite totale et complète. Quelques mois après cette attaque, la paralysie s'atténue dans le membre inférieur, et, à partir de ce moment, le malade peut marcher un peu en trainant la jambe. En juin 1880, seconde attaque à la suite de laquelle les mouvements sont de nouveau presque totalement abolis. C'est à grand peine que le malade peut se tenir debout et même, à partir du mois d'octobre, il est obligé de rester constamment au lit. — Mort le 17 janvier 1881.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* Hémisphère droit sain; hémisphère gauche: ramollissement cortical occupant le lobule pariétal inférieur en totalité, le tiers postérieur de la première circonvolution sphénoïdale et l'extrémité inférieure de la pariétale ascendante. Piqueté hémorragique dans les deux lobes du cervelet. La *moelle* n'a été examinée qu'après durcissement dans une solution à 2 0/0 de bichromate d'ammoniaque. Elle est restée cassante et il est très difficile d'y pratiquer des coupes minces. Sur les rares préparations de la région cervico-brachiale qu'il a été possible de conserver, on voit (après coloration au carmin, déshydratation, etc.), une double tache de sclérose symétrique siégeant dans la moitié antérieure des cordons latéraux, immédiatement en avant du col de la corne antérieure. Cette tache a, de chaque côté, une forme triangulaire à sommet dirigé en avant. Les cellules des cornes antérieures sont en bon état. On n'a pu faire de coupes des régions dorsale et lombaire.

OBSERVATION II. — Vandernoot Thérèse, 59 ans, morte à l'hôpital Saint-André, le 2 février 1881. Cette malade était atteinte d'une hémiplégie droite ancienne, sans aphasie. Contracture très marquée du membre supérieur droit. Les deux membres inférieurs étaient également contracturés; les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses repliées sur le bassin. Le membre supérieur gauche était libre et la malade pouvait priser et même manger seule avec la main gauche; la main droite ne pouvait lui rendre aucun service.

AUTOPSIE. — Les vaisseaux de la base de l'encéphale sont peu athéromateux. *Cerveau*: l'hémisphère droit sain. Hémisphère gauche: sur la paroi du ventricule latéral, on voit une forte dépression sous-épendymaire, à fond jaune

ocreux, occupant la portion moyenne du noyau caudé. Les circonvolutions sont normales. La coupe de Flechsig fait reconnaître à l'extrémité postérieure du tiers moyen de la capsule interne, en arrière du genou, un foyer hémorragique ancien, du volume d'une noix, à parois cellulenses infiltrées de masses cristallisées rougeâtres. *Cervelet normal.*

Sur le tiers moyen du pédoncule cérébral gauche, on aperçoit une bande grisâtre triangulaire de dégénération secondaire. La pyramide antérieure gauche est plus petite que la droite et d'une coloration grise.

La *moelle* est sectionnée transversalement à diverses hauteurs. Sur toutes les surfaces de coupe, on voit que le cordon latéral droit présente une teinte grisâtre translucide, que ne présente pas le cordon latéral du côté opposé. Cependant, en examinant au microscope des fragments des cordons latéraux droit et gauche, dissociés sur une lame de verre dans une goutte de picro-carmin, on y trouve des corps granuleux à peu près en aussi grand nombre d'un côté que de l'autre. Sur les coupes minces de la moelle, pratiquées après durcissement dans des solutions de bichromate d'ammoniaque et montées dans le baume du Canada par les procédés ordinaires, on aperçoit, à un faible grossissement, les altérations suivantes : dans toute la hauteur de la moelle, il existe dans le cordon latéral droit une bande de sclérose fortement colorée en rouge, dense, fibroïde, renfermant des vaisseaux à parois épaissies et des corps granuleux en assez grand nombre. Une autre bande de sclérose, un peu moins dense, occupe le cordon latéral gauche. Dans la région cervicale seulement, le cordon de Turck, du côté droit, est légèrement épaissi, tandis que, du côté gauche, il est tout à fait normal.

RÉFLEXIONS. — Les observations qu'on vient de lire confirment les conclusions que j'avais cru pouvoir tirer de l'étude des quatre faits analogues communiqués antérieurement à la Société de biologie.

1° Les lésions unilatérales du cerveau peuvent être suivies des scléroses bilatérales de la moelle épinière.

2° Ces scléroses bilatérales sont tantôt symétriques, c'est-à-dire égales dans les deux côtés de la moelle, tantôt asymétriques, c'est-à-dire plus fortes dans un des cordons latéraux que dans l'autre.

3° La bilatéralité des altérations secondaires n'est en rapport ni avec le siège, ni avec l'étendue des lésions céré-

brales; elle est la conséquence du mode de répartition dans la moelle des fibres du faisceau pyramidal.

4° Les hémiplégies suivies de dégénération bilatérales de la moelle sont plus graves que les autres, parce que, dès le début, les phénomènes paralytiques ne sont pas exactement limités à un côté du corps et parce que, dans la suite, la contracture secondaire peut s'étendre aux membres des deux côtés. Les membres inférieurs au moins peuvent être envahis par la contracture (Obs. II), de telle sorte qu'à l'hémiplegie initiale vient s'ajouter une véritable paraplegie qui oblige le malade à rester indéfiniment couché.

14. Recherches anatomo-pathologiques sur les lésions du foie dans les maladies infectieuses; par M. A. SIREDEY, interne des hôpitaux.

Bien que signalées depuis longtemps par un grand nombre d'observateurs, les altérations du foie dans les maladies infectieuses n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucune description complète et précise. On les rattache communément aux inflammations parenchymateuses de la glande et elles sont, à ce titre, comparées aux lésions de l'ictère grave ou de l'intoxication phosphorée. Telle est, du moins, l'opinion qu'on trouve adoptée par tous les auteurs classiques (1). Or, ayant eu l'occasion d'examiner, au commencement de l'année, au laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux, un certain nombre de foies dans des cas de varioles et de fièvres typhoïdes, j'ai été tout d'abord surpris de la rareté des lésions cellulaires et de la fréquence des lésions interstitielles. J'ai étudié avec soin les divers cas que j'ai pu réunir dans le courant de l'année, et, d'une façon constante, les observations ont confirmé mes premiers résultats.

Les mêmes recherches, faites sur des foies dans des cas de pyohémies et d'infections diverses d'origine puerpérale ou chirurgicale, ont présenté des résultats analogues. Pour compléter cette étude, j'ai ajouté à ces faits l'analyse comparée des lésions de l'hépatite phosphorée.

J'ai pu réunir environ trente observations que mon

(1) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*. — Rindfleisch. *Anatomie pathologique*. — Rendu. Art. Foie du *Dictionnaire Encyclopédique*.

excellent ami Mayor a bien voulu, à plusieurs reprises, éclairer de ses conseils et contrôler de son expérience.

J'ai eu recours, pour toutes ces préparations, aux procédés ordinaires : durcissement des pièces à la gomme et à l'alcool, après séjour préalable dans la gomme ou dans le liquide de Muller, coloration au picro-carmin ou à l'hématoxyline. Dans un grand nombre de cas, l'emploi de l'acide osmique, procédé de M. Cornil, a permis de déterminer avec une grande précision l'état des cellules.

Avant de passer à la description des faits que j'ai observés, je crois utile de signaler une cause d'erreur que l'on rencontre très fréquemment : je veux parler des altérations dues à la putréfaction cadavérique. On est véritablement étonné, dans ce cas, des désordres que l'on rencontre dans le parenchyme hépatique. Le lobule a perdu toute sa régularité ; les cellules, déformées, irrégulièrement pressées les unes contre les autres, se présentent sous la forme de petites masses vitreuses allongées, absolument méconnaissables ; on ne retrouve aucune trace des éléments normaux de la glande hépatique. L'aspect homogène de toute la préparation, l'uniformité de la coloration, la confusion complète des éléments suffisent pour mettre en éveil. J'ajouterais que, dans tous ces cas, les pièces durcissent mal et présentent de réelles difficultés de préparation. On rencontre ces altérations surtout pendant l'été et constamment à propos de foies de provenance douteuse. Elles ne se montrent jamais sur les foies qui ont pu être recueillis et préparés dans les conditions ordinaires. La destruction des éléments permet de les reconnaître, même lorsqu'elles se présentent disséminées sur divers points de la préparation.

Fièvre typhoïde. — Dans la fièvre typhoïde, d'une façon constante, on est tout d'abord frappé du peu d'importance des lésions cellulaires que présente le foie. Des préparations à l'acide osmique signalent à peine quelques gouttelettes graisseuses dans le lobule. Lorsqu'elles existent, on les rencontre en général assez régulièrement disposées dans les zones de cellules qui occupent le centre ou la périphérie du lobule. Toute la zone intermédiaire reste généralement saine. Un seul cas présentait une transformation graisseuse à peu près complète des cellules. Il s'agissait d'un malade ayant succombé à l'épuisement vers la fin du deuxième mois, et l'autopsie avait montré la cicatrisation de plaques de Peyer. Je n'ai jamais rencontré ni la multiplication des noyaux, ni leur disparition, ainsi que l'avaient signalé plusieurs auteurs.

Bien que le lobule hépatique ait conservé sa forme régulière, on voit que les espaces qui séparent les cellules sont notablement agrandis et offrent à considérer plusieurs particularités. On rencontre sur divers points, mais principalement dans les zones périphériques du lobule, de petits amas nodulaires assez régulièrement arrondis et qui se distinguent très nettement au milieu des parties voisines. Ces nodules ressemblent au premier abord à des follicules tuberculeux, mais n'offrent ni les cellules géantes, ni les zones caractéristiques des productions tuberculeuses. En les examinant à un fort grossissement, on reconnaît que ces masses sont en totalité constituées par l'accumulation de leucocytes au milieu desquels se voient quelques hématies et des granulations pigmentaires. Ces nodules n'existent pas d'une façon constante, mais ils se rencontrent très fréquemment. Confluents dans quelques lobules, ils manquent quelquefois dans les lobules voisins d'une même préparation, sans que ces circonstances paraissent motivées par un état particulier des cellules ou des vaisseaux. Leur siège est difficile à préciser. Quelques-uns d'entre eux, par leur forme irrégulière, par leur étendue, semblent exister manifestement en dehors des vaisseaux ; mais d'autres plus petits pourraient être encore contenus dans des vaisseaux dilatés.

Ces nodules ont été pour la première fois décrits par Wagner, en 1861, et signalés depuis par Hoffmann et plusieurs autres histologistes. Entre ces lésions spéciales, et même lorsqu'elles font défaut, on constate une congestion très accentuée des espaces intercellulaires que remplissent des globules rouges et des globules blancs du sang. Sur plusieurs points, on voit manifestement sur les cellules des globules extravasés. Mais, j'appelle particulièrement l'attention sur une circonstance qui n'a pas encore été signalée. Si l'on examine avec soin les espaces intercellulaires, on y distingue en très grand nombre de petits éléments allongés, d'un aspect vitreux tout spécial. Ce sont de petites cellules qui s'étendent le long des cellules hépatiques dont elles se distinguent par leur plus petit volume et par leur apparence vitreuse caractéristique. Généralement fusiformes, elles sont quelquefois triangulaires ou étoilées. Elles sont munies d'un noyau allongé dans le même sens et coloré fortement en rose par le carmin. Dans deux cas, ces cellules présentaient manifestement la dégénérescence graisseuse, accusée par des gouttelettes brillantes, très réfringentes sur les préparations au picro-carmin et par des taches noires sur les préparations à l'acide osmique.

Accolées contre les cellules du foie par une de leurs faces, ces cellules sont, par l'autre, directement en rapport avec les lobules sanguins.

Il ne s'agit pas là d'une production spéciale, mais bien d'éléments qui existent normalement dans le foie et sont encore diversement interprétés par les histologistes. Hering les décrit comme des cellules glycogéniques, qui seraient en quelque sorte des annexes des cellules hépatiques. Pour Kölliker, ces éléments seraient les corpuscules du tissu conjonctif interstitiel. Enfin, pour Eberth, ce seraient les cellules endothéliales des capillaires du lobule. Je crois que les rapports intimes et constants que conservent ces corps, à la fois avec les cellules hépatiques et les globules du sang, donnent une grande probabilité en faveur de cette dernière hypothèse, que j'accepte volontiers.

Quoi qu'il en soit, ces cellules, à peine distinctes à l'état normal, sont ici très notablement tuméfiées. Leur aspect vitreux, la dégénérescence graisseuse qu'elles subissent, dans certains cas, montrent qu'elles sont sensiblement modifiées par la maladie. On les retrouve dès les périodes initiales de l'affection et il est vraisemblable qu'elles jouent un certain rôle dans les troubles circulatoires du lobule.

Si l'on rapproche les diverses observations, les lésions semblent se présenter dans l'ordre suivant :

Tuméfaction des cellules endothéliales, stase sanguine au début; puis, migration des leucocytes et production de nodules; enfin, lésions cellulaires plus ou moins accentuées, consécutives aux troubles de la circulation intralobulaire.

L'examen des espaces interlobulaires n'y fait découvrir aucune lésion très importante. Ces espaces sont agrandis, infiltrés de leucocytes, qui sont surtout groupés autour des vaisseaux biliaires et sanguins, auxquels ils forment une espèce de manchon, mais avec une prédominance toute particulière autour des canaux biliaires. Les vaisseaux sanguins renferment quelques globules, mais, nulle part, ils ne paraissent oblitérés. Les veines sus-hépatiques contiennent également des globules du sang et ne semblent pas oblitérées. On ne constate aucune lésion appréciable dans les tuniques des principaux troncs vasculaires.

Varirole.— Je n'ai pas à répéter, pour les autres maladies, tous les détails dans lesquels je suis entré à propos de la fièvre typhoïde. Les lésions restant à peu près les mêmes, du moins dans leurs caractères fondamentaux, je me contenterai de signaler les particularités importantes.

Dans la variole, les altérations des cellules hépatiques sont encore moins fréquentes que dans la dothiéntérie. On trouve à peine quelques gouttelettes de graisse sur divers points du lobule, à la périphérie, au centre et même dans la zone intermédiaire, mais dans des proportions qui diffèrent peu de l'état normal.

Les lésions intestitielles sont à peu près de même ordre que celles de la fièvre typhoïde. Envisagées dans les espaces inter-lobulaires, elles consistent dans la distension de ces espaces et dans l'accumulation de leucocytes autour des vaisseaux, principalement autour des voies biliaires. Avec les leucocytes, se voient de nombreux globules rouges.

Dans les espaces inter-cellulaires du lobule, on voit, comme précédemment, la tuméfaction des cellules interstitielles ou endothéliales, l'agrandissement de ces espaces et l'accumulation de leucocytes et de globules rouges du sang. Plusieurs fois les cellules interstitielles présentaient la dégénérescence graisseuse alors même que les cellules du foie étaient à peu près intactes.

M. Mayora déjà présenté à la Société anatomique, en son nom et au mien, des foies de varioleux dans lesquels cette remarquable lésion se présentait avec une grande netteté.

La congestion est plus accentuée que dans la fièvre typhoïde, surtout dans le cas de variole hémorrhagique, où les cellules du foie disparaissent presque sous les hématies qui les entourent.

On ne rencontre nulle part de nodules semblables à ceux de la dothiéntérie, mais, sur quelques préparations, on pouvait voir de petits groupes de leucocytes embryonnaires constituant comme une ébauché de l'état nodulaire. Je n'ai rencontré nulle part la lésion décrite par Weigert et comparée par lui au processus nécrosique des pustules varioliques (*packenähnlichen*).

Infection puerpérale ou chirurgicale. — J'ai examiné 12 à 15 foies provenant de divers cas d'infection puerpérale ou chirurgicale, pychémie, érysipèle, phlegmon, diffus, etc. Mais, les résultats sont beaucoup plus variés et ne permettent pas encore d'établir une classification précise.

Tantôt les lésions cellulaires sont extrêmement développées : on ne voit plus dans le lobule hépatique que quelques îlots de cellules saines au milieu de gouttelettes graisseuses confluentes. Dans d'autres cas, au contraire, les lésions cellulaires sont à peu près défaut.

Dans les espaces interlobulaires et intra-lobulaires, les altérations sont beaucoup moins nettes que dans les cas précédents. On y trouve une infiltration plus ou moins con-

sidérable de leucocytes. Les cellules endothéliales, quoique plus développées qu'à l'état normal, sont moins tuméfiées que dans les maladies précédentes.

On peut toutefois saisir un certain rapport entre les désordres cellulaires et la durée de la maladie. Les cas de transformation graisseuse à peu près complète se rapportent à des pyohémies à marche lente comme celle de la phlébite puerpérale. Lorsque la mort était rapide comme dans un cas de phlegmon diffus, et dans un cas d'infiltration noueuse, les lésions hépatiques étaient à peu près nulles.

Pyohémie expérimentale. — Un lapin et un cobaye, morts l'un 6 jours, l'autre 8 jours après des injections hypodermiques de pus, ont présenté des lésions différentes de celles qui viennent d'être décrites. Les cellules hépatiques restent saines, n'offrant ni dégénérescence graisseuse, ni multiplication des noyaux. Les espaces légèrement agrandis montrent la congestion des vaisseaux et une légère tuméfaction des cellules endothéliales. On trouve en outre de petits abcès sur divers points des lobules et dans la région extra-lobulaire, sans que les cellules hépatiques voisines soient manifestement altérées.

On voit que, dans tous ces cas, les lésions interstitielles se rencontrent d'une façon à peu près constante au début. Très nettes et prédominantes dans la fièvre typhoïde et dans la variole, elles semblent être la cause des modifications cellulaires consécutives. Moins nettement établies dans les infections d'origine puerpérale ou chirurgicale, elles semblent pouvoir être invoquées dans plusieurs cas.

Intoxication phosphorée. — Il était intéressant de rapprocher de ces lésions celles de l'empoisonnement phosphoré, qui sont considérées comme le type de l'hépatite parenchymateuse. J'ai soumis, dans ce but, à des injections hypodermiques d'huile phosphorée, trois lapins et deux cobayes, qui ont fourni des observations absolument semblables entre elles.

Loin d'être distendus, les espaces intercellulaires du lobule sont presque effacés. Les cellules légèrement tuméfiées se pressent les unes contre les autres. Elles sont toutes brillantes et parsemées de gouttelettes graisseuses. Les noyaux paraissent plus nombreux; plusieurs cellules contiennent 2 noyaux, quelques-unes en ont 3. Les vaisseaux sont congestionnés, on voit de petits points hémorragiques. Les espaces portes sont infiltrés de cellules embryonnaires qui forment un véritable mamelon autour des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires, avec prédomi-

nance autour de ces derniers. On ne distingue pas les cellules interstitielles.

Comme on le voit, cet état diffère absolument de celui des foies de fièvre typhoïde, de variole ou de pyohémie que nous avons passés en revue. Ici, les lésions sont presque exclusivement cellulaires, elles sont cellulaires d'emblée, et les interstices ne présentent pas les altérations qui avaient été signalées plus haut.

On peut donc conclure que les lésions du foie dans les maladies infectieuses présentent des caractères communs qui les différencient absolument des altérations de l'hépatite parenchymateuse. Quant aux caractères propres à chacune de ces maladies, ils ont besoin d'être établis par des observations ultérieures.

A côté de ces faits, j'ajouterai une observation qui, bien qu'elle soit étrangère au point qui nous occupe, n'en est pas moins digne d'intérêt.

Les savantes recherches de M. de Sinéty ont établi depuis longtemps que les régions centrales du lobule hépatique subissent la *transformation graisseuse* chez les *femelles en lactation*. Et les auteurs classiques admettent aujourd'hui que la dégénérescence d'origine alcoolique ou cachectique débute dans la périphérie du lobule, laissant à l'état de lactation le monopole de la dégénérescence centrale.

Or, en analysant mes observations, je trouve 6 cas qui sont en contradiction avec cette théorie ; 3 se rapportent à des femmes, mortes en pleine lactation, et dont le foie ne présentait pas la moindre trace de graisse autour de la veine centrale. Il ne s'y rencontrait que quelques rares gouttelettes, irrégulièrement distribuées dans divers points du lobule. Chez l'une d'elles, morte de variole hémorrhagique, la graisse était presque exclusivement localisée dans les cellules endothéliales des capillaires intra-lobulaires. Et, dans ce cas, la rareté de la graisse était d'autant plus étrange qu'il s'agissait d'une *femme Esquimaue*, accoutumée à une alimentation où la graisse tenait une grande place. Il est vrai que ces 3 femmes avaient cessé d'allaiter 24, 36 et même 48 heures avant la mort. Ce temps est-il suffisant à la modification complète des éléments primitivement dégénérés ?

Chez 3 hommes morts de fièvre typhoïde, et dont deux étaient manifestement alcooliques, la dégénérescence graisseuse était presque exclusivement localisée autour de la veine centrale. Il n'en existait que des traces légères à la périphérie et dans la zone intermédiaire du lobule hépati-

qué. Ces faits semblent appeler de nouvelles recherches.

M. HAYEM rappelle, à propos de la communication précédente, qu'il a décrit, dans la septicémie aiguë, des foyers miliaries constitués par des amas de leucocytes à la périphérie du lobule hépatique, analogues à ceux dont parle M. Siredey. Il insiste sur la pathogénie habituelle de ces foyers, qui coïncident souvent avec des obstructions vasculaires.

M. MAYOR appelle particulièrement l'attention sur ce point, que, dans les cas étudiés par M. Siredey, les globules blancs sont accumulés non autour des vaisseaux sanguins, mais bien à la périphérie des voies biliaires.

M. MALASSEZ pense avec M. Hayem que les agglomérations de leucocytes tiennent à des thromboses vasculaires. Dans tous les cas, les vaisseaux paraissent être les voies par lesquelles cheminent les globules blancs pour arriver au point où ils s'accumulent. C'est ce qui résulte du moins des expériences de M. Tarchanoff. Dans la fièvre typhoïde, notamment, les leucocytes semblent provenir directement des ulcérations intestinales.

15. Méningo-encéphalite chronique généralisée chez un enfant, décortication de la substance blanche; par MM. BOURNEVILLE et WUILLAMIE.

Un examen attentif des idiots permet de distinguer un certain nombre de classes différant les unes des autres par des symptômes cliniques et par des lésions anatomo-pathologiques. A côté des idioties par *hydrocéphalie* et par *microcéphalie*, il y en a qui reconnaissent pour cause tantôt une *sclérose atrophique* (*atrophie cérébrale*), tantôt une *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*. D'autres idioties enfin sont dues à une *méningo-encéphalite chronique généralisée*, rappelant tout à fait par ses caractères anatomiques les lésions de la *paralysie générale*. C'est à ce dernier groupe qu'appartient le cas suivant.

OBSERVATION. — *Idiotie, épilepsie, abcès de la marge de l'anüs. — Mère : convulsions dans l'enfance, migraines. — Grand-père maternel : excès de boisson, crises convulsives. — Deux cousins aliénés. — Pas de consan-*

guinité. — Premières convulsions à trois mois; prédominance à gauche, paralysie à gauche, contracture. — Affaiblissement progressif. — Mort. — Autopsie : Méningo-encéphalite ; ablation presque totale de la substance grise.

Dub... (Charles Antonin), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 21 janvier 1881.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.) Père, 38 ans, marin, puis comptable. Bien portant, est sujet à des maux de tête depuis 4 ans; doux quelque colérique; pas de trace de syphilis; a chiqué autrefois dans ses voyages; aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans. [Son père est mort subitement (?); il était sobre. Sa mère, mariée à quinze ans, mère à 16 « de caractère volage, » s'est séparée de son mari et a disparu. Ni frère, ni sœur, pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.]

Mère, 34 ans, couturière, a eu des *convulsions* jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans; nerveuse, est sujette depuis la puberté, à des palpitations et à des *migraines* au moment et à la suite des règles; elle a des *cauchemars* depuis quelque temps: rêve qu'elle court, qu'elle cherche son enfant, etc. Elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, ni de syncope; elle est fortement marquée d'une variole contractée en 1870; pas de trace de scrofule, de dartre, ni d'herpétisme. [Son père a toujours fait de nombreux excès de boissons (vin); il est très nerveux et a tous les 5 ou 6 mois, depuis une dizaine d'années, des *crises convulsives* dans lesquelles il se mord la langue. Sa mère est bien portante, un peu nerveuse. Un frère est mort d'une fièvre cérébrale à 3 ans. Deux cousins de la troisième génération ont été aliénés. Pas d'autres cas d'hérédité dans la famille.] Pas de consanguinité.

Un seul enfant, notre malade. *Grossesse agitée*, antérieure au mariage des parents; « J'ai pleuré pendant les 9 mois et mon père m'a battue plusieurs fois. » Au sixième mois, peur, mais sans syncope, à la vue d'un lion dans l'étable d'un marchand de fourrures. Accouchement naturel à terme; Dub... a été élevé au sein par une nourrice jusqu'à un an. Les *premières convulsions* sont survenues vers 2 ou 3 mois et se sont renouvelées tous les mois; Dub... a marché à un an. A partir de là, après chaque crise convulsive, il était un ou deux jours sans pouvoir marcher. Il a été propre à 15 mois; la dentition a été régulière. Il a eu à 18 mois un abcès derrière l'oreille qui a suppuré si long-

temps que la nourrice « sur la recommandation d'un saint » est allé promener l'enfant, tête nue, dans « un champ de seigle au moment de la rosée. » Pas de résultat immédiat à la suite de ce traitement. Sa mère le reprit avec elle à l'âge de trois ans, et, de ce moment jusqu'à l'âge de quatre ans, il n'a pas eu de convulsions. Durant cet intervalle, il parlait bien et prononçait distinctement tous les mots ; il apprenait bien à lire, et était très caressant.

Les convulsions reparurent à 4 ans, sous forme d'un état de mal qui dura 5 ou 6 heures et dans lequel elles *prédominèrent dans la moitié gauche du corps et de la face*. Dub... se rétablit au bout de deux jours et put marcher sans traîner la jambe. Comme par le passé, les crises convulsives redevinrent mensuelles. Vers l'âge de huit ans, il eut un autre *état de mal* qui dura 67 heures, dans lequel on constata encore la *prédominance des convulsions à gauche*. Il dut garder le lit pendant un mois et nous n'avons pu savoir s'il y eut de la paralysie à la suite de ces convulsions ; seulement, quelque temps après, on remarqua « *qu'il laissait tomber les objets de la main gauche.* » Bientôt les crises devinrent plus fréquentes (plusieurs par mois) et chacune durait trois ou quatre heures. Il les sentait venir, et, dans les vingt minutes qui les précédaient, il disait sans cesse : « Ma petite mère je suis étourdi, ma petite mère j'ai mal au cœur » et, à chaque fois, sa figure devenait rouge ; puis, à la suite d'un étourdissement ultime, il poussait un *cri sourd, plaintif, prolongé* et était pris de convulsions. Un jour la crise débuta par une sorte d'hallucination : « Oh ! ma petite mère, toutes ces couronnes ! »

Ce fut le 12 juin 1880 que, après une crise de 6 heures, avec *prédominance des convulsions à gauche*, on nota une *paralysie du bras et de la jambe de ce côté*. L'enfant eut alors beaucoup de fièvre pendant assez longtemps et on dit aux parents qu'il avait une *méningite*. Pourtant, il ne vomissait pas et gâtait. — Il put se relever au bout de deux mois, mais ce ne fut que dans le troisième qu'il put commencer à marcher en *traînant la jambe*. — Dans la suite, la paralysie de la jambe a diminué, mais il la *traîne* encore et le pied s'est déformé. Vers le même moment, le bras paralysé s'est *contracturé*. Durant les trois ou quatre mois qui suivirent cette crise, pas d'autres accès, mais le malade se plaignait souvent de la tête, des oreilles et criait. Enfin, il y a 5 mois environ que les accès sont revenus ; ils sont presque quotidiens, durent 20 ou 30 minutes et sont identiques à ceux que nous avons décrits.

Depuis la crise de juin 1880, *modification considérable*

de l'intelligence, parole difficile, écriture presque impossible. Dub... est devenu méchant, s'agace facilement, secoue les meubles, casse, déchire; une fois il a voulu s'en aller et on a dû l'enfermer. Pas de gourmandise, de kleptomanie, de pyromanie. Dès sa première enfance, son sommeil était agité; il faisait des bonds dans son lit, mais n'avait pas de peurs. Avant sa dernière maladie, il n'avait peur de rien, maintenant il est craintif comme il ne l'a jamais été. Il est redevenu propre depuis deux mois, bien que parfois encore il urine au lit. La mère ne signale pas d'onanisme.

Etat actuel. — Le crâne offre une saillie spéciale de l'occipital qui est divisé en deux plans par une crête transversale siégeant à sa partie moyenne; les *apophyses mastoïdes* sont très développées. — De la bosse occipitale externe à la racine du nez, en passant par le vertex, on mesure 38 c.; d'une oreille à l'autre, 30 c. La circonférence de la base du crâne donne 52 c. La face est irrégulière, symétrique, profondément émaciée. Le front est large, la suture médiane des deux moitiés du frontal est saillante; les bosses frontales sont peu saillantes; aplatissement des arcades sourcilières; excavation cachectique des fosses temporales; — nez aquilin; — yeux profondément excavés, cils bruns, pupilles égales, pas de strabisme; — bouche moyenne, lèvres fines; — oreilles bien ourlées, lobules bien détachés; — maxillaires réguliers, dents bien rangées, complètes, mauvaises, petites, espacées; — voûte palatine, peu profonde, large, régulière, symétrique; — voile du palais, piliers normaux, luette rudimentaire, amygdales normales.

Le cou est long et grêle; — le thorax offre une incurvation générale de la colonne vertébrale avec concavité gauche, il est très amaigri. Aucune malformation congénitale ni aux membres supérieurs, ni aux inférieurs, qui sont longs et grêles; — Le bras gauche est contracturé dans la demi flexion, le pied gauche est médiocrement déformé, et ne repose que sur la pointe dans la marche.

Peau : cheveux noirs, clair-semés, sourcils et cils noirs longs, plus épais; pas d'adénites. — Organes génitaux : verge petite, peu développée; testicules descendus.

Intelligence : A son entrée, le malade a été envoyé à l'école, mais on n'a rien pu en faire. Il est donc resté soit à la petite école, soit à l'infirmerie. Il passait parfois toute la journée sans rien dire; d'autres fois il faisait avec la main signe d'approcher, et, quand on était près de lui : « J'ai faim disait-il, j'ai soif, du pain, du chocolat, maman va venir. » Son vocabulaire était excessivement restreint. D'autres

fois, il cherchait à donner des soufflets, à mordre; il reconnaissait sa mère, mais ne lui faisait aucune caresse. Il mangeait seul, assez proprement, se servant d'une cuiller tenue de la main droite, pas de voracité, ni de salacité; pas de bave, il ne suce pas, ne grince pas des dents. Il demandait le bassin le jour, et gâtait la nuit; n'aidait pas à s'habiller.

26 février. — Trois accès hier; le soir T. R. 38°; nuit tranquille. Ce matin, abattement, refus de manger. Cet état est la règle chez lui à la suite des accès.

13 avril. — Depuis deux jours, diarrhée à laquelle a bientôt succédé de la dysentérie, selles fréquentes, peu abondantes, pas de ténésme. Décoction de poudre d'ipéca et 1/4 lavement avec 0,50 de nitrate d'argent. T. R. 38°,4. — Soir : T. R. 39°. Deux accès.

14 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°,4.

15 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°,8. Trois accès.

16 avril. — T. R. 38°,4. Les selles dysentériques et glaireuses persistent, le sphincter est comme paralysé et laisse couler une certaine quantité de liquide; langue humide, saburrale, pas de vomissement, ventre non ballonné. — Donner 1 gr. d'ipéca comme vomitif, continuer la décoction d'ipéca et les lavements au nitrate d'argent; eau albumineuse pour boisson; lait comme aliment.

17 avril. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 39°,4.

18 avril. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 39°,4.

19 avril. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°. Pas de sang dans les selles. Continuer le régime.

20 avril. — T. R. 37°,8. — Soir : T. R. 37°,8.

21 avril. — T. R. 37°,8. — Soir : T. R. 39°,4. Cinq accès.

22 avril. — T. R. 38°. Apparition sur la marge de l'anus d'une rougeur érysipélateuse, qui empiète surtout sur la fesse gauche sous forme d'un bourrelet rouge, induré, large de trois travers de doigt; elle intéresse moins l'autre fesse. A son niveau, on sent un noyau d'induration. Application de compresses d'eau de sureau; bouillons, potages, lait. — Soir : T. R. 40°,4.

23 avril. — La verge n'est pas envahie, le scrotum se dégage; disparition de la rougeur et du gonflement. T. R. 40°. — Soir : T. R. 40°,2.

24 avril. — T. R. 39°,8. — Soir : T. R. 39°,8.

25 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 38°,8. La limitation de l'érysipèle s'est bien effectuée et il ne persiste un peu d'induration qu'à la marge de l'anus. Potion de Todd et julep avec extrait de quinquina 3 gr.

26 avril. — T. R. 38°,8. — Soir : T. R. 39°.

27 avril. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 38°,8.

28 avril. — T. R. 38°,4. — Diarrhée persistante. Pendant qu'on nettoyait Dub..., il s'est ouvert un petit abcès dans le pli interfessier, un peu à gauche. Donner 1 gr. 50 d'ipéca ; bouillon et lait.

29 avril. — On sonde la plaie avec un stylet ; il existe un décollement considérable à gauche du périnée s'étendant en avant, mais surtout en arrière ; le stylet glisse en avant sous les téguments jusqu'à la racine des bourses ; en arrière, il glisse entre les téguments et l'aponévrose jusqu'au coccyx. Débridements des clapiers en dedans et en arrière ; pansements avec des mèches ; injections phéniquées deux fois par jour. T. R. 38°,4. — Soir : T. R. 39°.

30 avril. — L'écoulement du pus se fait très incomplètement vu la profondeur du clapier ; on fait une contre-ouverture avec le trocard courbe, et on passe un drain de moyen calibre. Le malade est très faible. Traitement : Sulfate de quinine 0,20. Julep avec 2 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum. Vin de quinquina. Café. Deux pansements par jour. T. R. 38°,6. — Soir : T. R. 39°,8.

1^{er} mai. — T. R. 39°,4. Dans la nuit un frisson suivi de convulsions internes (?). Ce matin Dub... est prostré, pâle, les yeux caves ; le poulx est à 120. Nouvelle dose de 0,20 de sulfate de quinine ; sirop d'éther 40 gr. ; sinapismes. — Soir : T. R. 37°,2.

2 mai. — T. R. 39°,2 ; l'état local est excellent, la plaie a bon aspect, le pus est bien lié ; état général médiocre. — Soir : T. R. 39°.

3 mai. — T. R. 38°,6. — Soir : T. R. 38°,6.

4 mai. — T. R. 38°,2 ; la plaie est belle, peu d'inflammation au pourtour ; un peu moins d'abattement ; appétit médiocre. On essaie une côtelette. — Soir : T. R. 38°,2. Deux accès.

5 mai. — T. R. 38°. Malgré son aspect cachectique le malade ne tousse pas ; tout état inflammatoire a disparu autour de la plaie. — Soir : 38°.

6 mai. — T. R. 38°. — Soir : 38°.

7 mai. — T. R. 38°. — Soir : 38°,2.

8 mai. — T. R. 38°. On enlève le drain ; la plaie est devenue un peu fongueuse ; on la pansera au vin aromatique. Sirop d'iodure de fer et viande crue 50 gr. — Soir : T. R. 38°.

9 mai. — T. R. 38°,8. — Soir : T. R. 38°,8.

10 mai. — T. R. 38°,4. — Soir : Dub... a eu un accès dans l'après-midi ; T. R. 39°.

11 mai. — T. R. 38°,6. Constipation ; limonade purgative. — Soir : T. R. 38°,8.

12 mai. — T. R. 38°,2. — Soir : T. R. 38°.

13 mai. — T. R. 38°. La plaie marche vers la cicatrisation complète. — Soir : T. R. 38°,4.

14 mai. — Deux accès.

30 mai. — Depuis quinze jours la température oscille entre 38° et 38°,8 ; la plaie est presque fermée ; mais le décubitus prolongé a provoqué des eschares qui, bien que superficielles, vont en s'élargissant. Panser avec de la poudre de quinquina et coucher le malade sur un matelas à air.

9 juin. — La température oscille toujours autour de 38°. La cicatrisation est presque complète ; les eschares persistent et bourgeonnent : on les cautérise au nitrate d'argent. Bain salé tous les deux jours. Même prescription et même régime reconstituant. T. R. 37°,8. — Soir : T. R. 38°.

23 août. — La plaie est depuis longtemps absolument cicatrisée ; néanmoins Dub... est trop affaibli pour être levé ; il reste au lit, recoquevillé sur lui-même, indifférent à ce qui l'entoure ; pas de fièvre ; depuis hier la diarrhée, arrêtée à grand'peine, a reparu avec assez d'intensité ; peu d'appétit. Julep avec 4 gr. de sous-nitrate de bismuth.

24 août. — Moins de diarrhée ; l'état cachectique s'accroît de jour en jour ; pas de fièvre ; pouls petit et misérable ; bouche et langue sèches, pas de muguet, pas de vomissement, refus de manger ; le ventre est rétracté en bateau ; amaigrissement profond, saillie des apophyses malaires, excavations des joues et des tempes, yeux creux, cernés, ternes, rictus sardonique, saillie des côtes, du sternum, des reliefs du bassin, des ischions ; les membres montrent les reliefs musculaires et les fosses ischio-rectales sont comme évidées. Traces de duvet cachectique à la lèvre supérieure et au niveau des branches du maxillaire inférieur ; quelques poils aux membres, sur le dos, le sacrum, au pubis ; rien aux aisselles. Ulcérations cachectiques : 1° sur la tête du troisième métacarpien gauche, 2° à la jonction du pouce droit et de l'index, 3° sur le tendon d'Achille gauche, 4° sur le bord externe du pied gauche, 5° sur la crête iliaque, sur le sacrum. Dub... affectionne le décubitus latéral gauche, les genoux presque collés au menton. Rien au cœur, rien dans la poitrine, respiration faible. L'auscultation est difficile. C'est un affaiblissement progressif. T. R. 38°,2. — Soir : T. R. 39°,2.

25 août. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°,2.

26 août. — T. R. 39°. Pas d'amélioration ; ajouter au bismuth 2 gr. de diascadium, et donner un lavement avec

un blanc d'œuf et 12 gouttes de laudanum de Sydenham. — Soir . T. R. 38°,6.

27 août. — T. R. 38°,8. Dub... est mourant, il respire à peine; algidité des extrémités; diarrhée continuelle, selles involontaires. — Soir : T. R. 39°. — Décès à 10 h. du soir. T. R. post mortem : 41°,6.

Les accès ont eu la marche suivante : janvier, 4; — février, 27; — mars, 14; — avril, 21; mai, 3, plus 4 vertiges; — juin, 20; juillet, 5; — août, 14. — Les accès ont été suspendus durant la période aiguë de l'érysipèle (22 avril — 4 mai).

AUTOPSIE le 27 août 1881. La *voûte crânienne* est très épaisse, le tissu osseux est dense; la *dure-mère* est épaissie, adhérente çà et là à la boîte osseuse; la *base du crâne* est régulière et symétrique. L'*encéphale* pèse 1210 grammes; les artères de la base, les nerfs, le chiasma, les pédoncules paraissent symétriques. Les *hémisphères* ne paraissent pas égaux; du côté droit, les lobes frontal et occipital sont en retrait sur ceux du côté gauche. L'hémisphère droit ne mesure que 17 c. dans sa plus grande longueur et paraît moins large aussi que le gauche qui mesure 17 c. 1/2 de longueur; de même l'hémisphère droit pèse 170 gr. de moins que le gauche.

Hémisphère droit. Lorsqu'on essaie d'enlever la *pie-mère* qui n'est guère plus épaisse que d'habitude, mais qui est finement vascularisée, on entraîne avec elle la substance grise; après plusieurs essais, et malgré le plus grand soin, on constate que c'est toute la couche de substance grise qui suit la *pie-mère*, laissant ainsi à nu le squelette de substance blanche des circonvolutions. Ceci se produit sur toute la face convexe de l'hémisphère, hormis au niveau du lobule de l'insula, et des 2/3 antérieurs du lobe temporal. La même chose se reproduit sur la face interne, où nous dépouillons successivement la 1^{re} circonvolution frontale, le lobule paracentral, l'avant-coin, le coin, le lobe occipital de toute leur substance grise, laquelle ne résiste, mais incomplètement, que sur la circonvolution du corps calleux, et sur la moitié antérieure du lobe temporo-occipital. La substance blanche, ainsi mise à nu, est indurée, ferme, et est hérissée de petites crêtes, rendues plus visibles par l'immersion dans l'eau. Il nous reste, d'autre part, dans la main, une véritable coque résultant de la soudure de la *pie-mère* à la substance grise, et reproduisant par ses reliefs et ses dépressions le dessin des circonvolutions

dépouillées. Le ventricule latéral est un peu dilaté, la *corne d'Ammon* est indurée.

Hémisphère gauche. On constate aussi des adhérences à peu près généralisées de la *pie-mère*, sauf au niveau des deux circonvolutions ascendantes, du lobule paracentral, de l'extrémité du lobe occipital, et de la face interne du lobe temporal. Mais on n'entraîne que des fragments de substance grise et non la totalité comme du côté opposé. La *corne d'Ammon* est aussi indurée; le ventricule latéral paraît normal. Le *corps calleux* et les *corps opto-striés* des deux côtés ne présentent pas d'altération.

Le *cervelet* et l'*isthme* réunis pèsent 150 gr. ; les plis du *cervelet* offrent au toucher une dureté assez notable, surtout à gauche; la décortication de la *pie-mère* est facile. La *protubérance*, le *bulbe* ne présentent aucun asymétrie, aucune trace de sclérose descendante.

Il y a quelques adhérences antéro-latérales au sommet du *poumon* droit qui est hépatisé dans son lobe inférieur; le gauche n'est que congestionné et cedématié; les sommets sont sains. Le *cœur* pèse 170 gr. et n'est le siège d'aucune lésion valvulaire; quelques caillots cruoriques dans l'oreillette et le ventricule droits, du sang fluide dans le gauche, rien à l'aorte. Aucune lésion de l'*œsophage*, de l'*estomac* ni de l'*intestin grêle*; la muqueuse du *gros intestin*, surtout vers l'extrémité inférieure, est boursoufflée, épaissie, marbrée; pas de cicatrice d'ulcérations. Le *foie*, jaunâtre, gras au toucher, friable, pèse 800 gr. ; la *rate*, 40 gr. ; les *reins*, dont la substance corticale est décolorée, pèsent l'un 80 gr. et l'autre 60 gr.

I. L'histoire pathologique de cet enfant comprend trois phases bien distinctes.

a) La première est marquée par des *convulsions* qui se reproduisent presque tous les mois, jusqu'à un an et demi, sans avoir, en définitive, affecté d'une manière notable soit le mouvement, soit l'intelligence. En effet, de dix-huit mois à quatre ans, Dub... se développe, marche librement, parle sans difficulté, est propre, apprend à lire, etc.

b) La seconde phase débute par des convulsions, revêtant la forme d'un état de mal et prédominant dans la moitié gauche du corps. A partir de là, on note le retour des convulsions mensuelles; puis un autre état de mal, offrant les mêmes caractères que le précédent, suivi d'une *parésie* à gauche et d'une augmentation des crises convulsives. Du-

rant cette phase, les facultés intellectuelles, paraît-il, n'auraient été que médiocrement affaiblies.

c) La troisième phase commence en juin 1880. De même que la seconde, elle s'annonce par un *état de mal*. Les convulsions prédominent toujours à gauche. Autrefois, quelques jours après les états de mal, D... se levait, semblant revenu à sa situation habituelle. Après celui-ci, il se plaint de douleurs de tête, a de la fièvre, etc. ; et, tandis que le premier état de mal n'avait pas intéressé la motilité, que le second n'avait produit qu'une parésie elle-même transitoire, ce dernier état de mal se termine par une *hémiplégie gauche* et par une déchéance intellectuelle si accusée que, à l'entrée de l'enfant à l'hospice, nous sommes amenés à porter le diagnostic : *idiotie*, probablement consécutive à une *méningo-encéphalite*, plus avancée à gauche, en raison de la *paralysie*.

La débilité intellectuelle a continué de progresser ; il est survenu une *diarrhée* abondante, un *érysipèle phlegmoneux*, un *abcès* avec des délabrements considérables : tous ces accidents graves ont guéri. Mais, bientôt, la diarrhée a reparu ; l'amaigrissement s'est accentué de plus en plus ; des ulcérations se sont formées de tous les côtés et l'enfant a succombé avec une hépatisation terminale d'une partie du poumon droit.]

II. Disons de suite que l'autopsie n'a révélé aucune *lésion tuberculeuse*, que la *diarrhée* n'a laissé aucune trace (1) et passons aux lésions cérébrales qui, à notre avis, méritent tout particulièrement d'attirer l'attention.

Elles consistaient en une *méningo-encéphalite* à peu près généralisée des deux hémisphères et parvenue à des degrés divers. Ça et là, principalement sur l'*hémisphère gauche* en enlevant la pie-mère, on entraînait des portions plus ou moins larges et plus ou moins profondes de la substance grise. Il en était de même sur le *lobe temporo-sphénoïdal droit*.

Mais, et c'est là le point le plus important, sur les trois

(1) Nous avons observé plusieurs cas de *diarrhées idiopathiques chroniques* chez des enfants idiots des deux sexes, se terminant, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois par la mort, et dans lesquels nous n'avons relevé aucune lésion macroscopique. Nous publierons prochainement une note sur ce sujet.

quarts environ de la face convexe et de la face interne de l'hémisphère droit, la pie-mère entraînait avec elle TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA SUBSTANCE GRISE, mettant ainsi à nu le squelette de la SUBSTANCE BLANCHE atrophiée et indurée. (Dans la PLANCHE VII des *Archives de neurologie*, t. III, M. Leuba a bien rendu l'aspect des lésions que nous avons décrites).

C'est, croyons-nous, la première fois que l'on signale des lésions de ce genre chez un enfant de douze ans; tout le monde sait, en effet, qu'on les rencontre, sinon aussi étendues, du moins aussi intenses dans la *paralysie générale progressive*, maladie de l'âge adulte.

16. Tumeur fibreuse de la paroi abdominale antérieure.

— **Extirpation.** — **Péritonite consécutive.** — **Mort;** par M. A. GAUCHAS, interne des hôpitaux.

C. Marie, âgée de 28 ans, domestique, entre le 8 novembre dans le service de M. VERNEUIL, à la Pitié. C'est une femme robuste, d'une bonne santé habituelle. Elle est accouchée d'un premier enfant il y a 3 ans. Un an après, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite tumeur dure, non douloureuse, qui occupait la paroi antérieure de l'abdomen, sur la ligne médiane, à distance égale de l'ombilic et du pubis.

Elle devint de nouveau enceinte à la fin de l'année dernière et accoucha au milieu de juin. Pendant la grossesse, la tumeur subit un accroissement considérable et ne diminua pas après les couches. La malade vint une première fois dans le service, au mois de juillet, pour se faire opérer; M. Verneuil ajourna l'opération. Du mois de juillet au mois de novembre, la tumeur fit quelques progrès. Actuellement, elle a presque le volume des deux poings; elle est arrondie; partout très dure et mobile; mais, on sent pourtant qu'elle adhère aux plans sous-jacents par sa face profonde. Si, en effet, en faisant asseoir sur son lit la malade, on provoque la contraction des muscles abdominaux, la mobilité diminue considérablement. La tumeur adhère à la ligne blanche et à la gaine des muscles droits. La peau glisse librement sur elle et ne présente aucune altération.

L'état général étant excellent, M. Verneuil pratiqua le 14 novembre l'ablation de la tumeur. L'opération fut facile; la face profonde adhérait largement à la ligne blanche, qu'il fallut réséquer dans l'étendue de 3 centimètres carrés

environ, et aussi à la gaine des muscles droits, dont les fibres étaient étalées sous la tumeur. Le tissu cellulaire sous-péritonéal fut ainsi mis à nu. Les bords de la plaie faite aux parties fibreuses s'étant écartées fortement, M. Verneuil, pour éviter une éventration, rapprocha les deux lèvres de l'incision à l'aide de 3 sutures au fil de catgut; ce rapprochement fut laborieux et incomplet, l'action non contre-balancée des muscles obliques et transverses fit même manquer un des points de suture, le tissu fibreux céda. On fit une suture superficielle de la peau, des drains furent placés aux extrémités de la plaie et le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur.

La tumeur est régulièrement arrondie; elle est comme coiffée dans sa partie profonde d'une petite sphère un peu aplatie qui constituait le pédicule. A la coupe, le tissu est dense, crie sous le scalpel; il est partout blanchâtre. L'examen microscopique, après durcissement par la gomme et l'alcool et coloration par le picro-carmin, montre des faisceaux de tissu conjonctif qui s'entrecroisent sous diverses directions; il n'y a pas de fibres élastiques; assez peu de vaisseaux, c'est un fibrôme pur.

Le lendemain de l'opération, le ventre est un peu ballonné et sensible. Les traits sont altérés, le pouls fréquent, un peu serré. La nuit, la malade a vomi ses boissons. Un épanchement de sang assez abondant s'est formé au niveau de la plaie; de plus, du sang s'est écoulé par les drains et a imbibé les pièces du pansement. La température est à 38°.

16 novembre. Vomissements muqueux. Le ventre est plus tendu; constipation. L'écoulement sanguin a continué; ce sang n'a pas la moindre odeur; il n'y a pas trace de suppuration. T. 38°, 3.

17 novembre. Pas de vomissements; le membre est moins douloureux, mais le météorisme a beaucoup augmenté. Il n'y a pas eu de frissons. Les traits sont grippés; la malade a beaucoup et rapidement maigri. Le pouls est assez ample, fréquent: 120; la température toujours peu élevée 38°, 7. Il y a de la dyspnée. Pronostic fatal. Dans la journée, vomissements porracés incessants, faciès très altéré, hypothermie (37°, 2 le soir).

18 novembre. Mort à 6 heures du matin. Les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont rien présenté d'anormal.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — Au niveau de la paroi abdominale antérieure, le tissu cellulaire sous-péritonéal, très surchargé de graisse, est, dans une très large

étendue, fortement infiltré de sang. Sous la peau, on voit quelques gros caillots noirâtres non fétides.

Dans la cavité abdominale, on ne trouve qu'une très petite quantité de sérosité louche, sanguinolente, accumulée dans le cul-de-sac recto-utérin. Le péritoine pariétal qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen est fortement injecté, mais non dépoli ; à sa surface, il n'y a pas d'exsudation. Le péritoine viscéral offre au niveau des anses intestinales de minces fausses membranes, en forme de trainées blanchâtres ; il faut une certaine attention pour les voir. Avec une pince, on les détache cependant avec la plus grande facilité. L'injection vasculaire est très modérée. Pas d'adhérences ; pas de pus.

L'utérus est un peu plus volumineux qu'à l'état normal ; la cavité du corps renferme un caillot mou ; on voit au fond de l'utérus les traces de l'insertion placentaire.

Partout, les tissus sont surchargés de graisse ; l'épiploon, le mésentère en contiennent une quantité énorme, fait qui, rapproché de la profession de la malade, peut faire penser à de l'alcoolisme. Le cœur est également surchargé de graisse ; il est d'ailleurs absolument sain. Les poumons, les plèvres n'offrent aucune altération. Il en est de même de la rate et des reins.

Mais, le foie offre des particularités remarquables ; il est volumineux et pèse 1700 gr. L'hypertrophie porte toute entière sur le lobe droit ; aussi ce lobe, considérablement augmenté dans son diamètre antéro-postérieur, a-t-il une forme globuleuse ; le lobe gauche est réduit à une mince et courte lamelle. A la surface du foie, se voient disséminées des taches d'un jaune clair dont plusieurs ont les dimensions d'une pièce de 5 fr. Sur les coupes, on trouve également une multitude de taches jaunes plus rapprochées, et un peu plus petites, séparées par des espaces où le tissu a conservé à peu près sa coloration normale. Nulle part de thromboses veineuses appréciables à l'œil nu. S'agissait-il dans ce cas d'une stéatose dont la grosseur aurait été l'origine et dont les traces seraient encore persistantes ?

Des morceaux du parenchyme hépatique ont été mis dans l'alcool, et les coupes, après durcissement, ont été traitées, les unes par l'acide osmique, les autres par le picro-carmin. L'examen a été fait au laboratoire de Clamart.

Les préparations à l'acide osmique montrent clairement que les cellules sont chargées de gouttelettes graisseuses ; ces gouttelettes ne sont nulle part réunies de façon à transformer les cellules hépatiques en cellules adipeuses ; elles prédominent en nombre et en volume à la périphérie du

lobule; cependant, dans toute l'étendue de celui-ci, les cellules sont infiltrées de granulations graisseuses. La distribution de la graisse est assez régulière dans les différents lobules. Cette infiltration graisseuse paraît être la seule lésion des cellules sécrétoires hépatiques, qui, sur des coupes traitées par le picro-carmin, sont normalement et régulièrement colorées.

Mais, il existe un état anormal des éléments interposés aux cellules hépatiques: certains lobules sont fortement congestionnés; les capillaires sont remplis outre mesure par des globules rouges et blancs, ces dernières, en nombre exagéré dans la plupart des lobules. En outre, on observe un gonflement des cellules allongées, interposées aux cellules glandulaires du foie; ces cellules, que l'on regarde comme les cellules endothéliales des capillaires sanguins, ont un aspect vitreux sur plusieurs points.

Les espaces interlobulaires sont infiltrés de leucocytes disposés ici en groupes, là, en longues trainées.

En résumé: Etat graisseux moyen du foie; congestion des capillaires intra-lobulaires avec augmentation du nombre des globules blancs; infiltration de leucocytes dans les espaces portes. Ces dernières lésions se rencontrent dans la plupart des maladies septiques. Quant à la stéatose du foie, il est difficile, en raison du grand nombre de granulations graisseuses et de leur diffusion dans le lobule, de la rapporter aux lésions d'infiltration graisseuse que les auteurs ont décrites dans la grossesse.

L'examen microscopique des reins a montré que ceux-ci étaient à peu près sains; sur quelques points, cependant, on pouvait voir les lésions de la néphrite parenchymateuse au début.

RÉFLEXIONS. — Quelle a été la cause de la mort? La malade a succombé à une péritonite septique, analogue à la péritonite puerpérale. Et cependant, la température n'était pas élevée; elle n'a pas dépassé 38°,7; il n'y a pas eu de frissons; enfin la méthode de Lister a été appliquée exactement. Doit-on voir là, comme le pense M. Verneuil, une conséquence de l'état puerpéral et peut-on en tirer cette conclusion qu'il faut reculer les limites de la période puerpérale au delà de celles qu'on lui assigne actuellement?

17. Tuberculose pulmonaire. — Tuberculose du péricarde, du foie, des reins, du testicule, des ganglions lymphatiques, du mésentère. — Ulcération tuberculeuse de l'estomac; par M. Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 58 ans, garçon de magasin, entre dans le courant de septembre, salle Saint-Charles n° 33 bis, service de M. PROUST, à Lariboisière. Il déclare tousser depuis quatre à cinq mois. Depuis cette époque, il a beaucoup maigri, ses forces ont beaucoup diminué et tout travail est devenu impossible.

Au moment de l'entrée, la fièvre est vive, la face semble légèrement bouffie, les jambes présentent un peu d'œdème; cet œdème aurait été beaucoup plus considérable quelques jours avant l'arrivée à l'hôpital.

On entend au sommet des poumons, en arrière, des râles sous-crépitaux humides, de véritables craquements qui s'étendent jusqu'à la rencontre du tiers inférieur de ces organes et qu'on perçoit aussi, en avant, dans la fosse sous-claviculaire. Ces craquements sont plus nombreux dans la fosse sus-épineuse que dans la fosse sous-épineuse et à la base des poumons; ils augmentent par la toux. On trouve, dans toute l'étendue correspondante, de la matité, et, vers les bases, de la submatité, plus marquée à droite qu'à gauche.

Les battements du cœur sont sourds, indistincts, on n'y trouve pas de souffle. Le pouls est petit et rapide. L'urine est pâle, sans albumine. La diarrhée est habituelle; la nuit, des sueurs abondantes. Pas de vomissements.

Le testicule gauche est induré; il est dur, résistant, presque ligneux. Il est légèrement augmenté de volume et cette augmentation porte tout autant sur le corps que sur l'épididyme. La tête de ce dernier est saillante, arrondie, mais dure, résistante et facile à sentir à travers l'enveloppe scrotale. Le cordon est gros et également dur.

Il est difficile de savoir à quelle époque cette lésion a débuté; le malade déclare s'en être aperçu deux ou trois mois seulement avant son entrée. Il a éprouvé et éprouve encore de temps à autre des élancements et une sensation pénible de pesanteur.

Ces phénomènes, constatés tout d'abord, persistent. L'infiltration pulmonaire gagne vers la base. La dyspnée devient très grande. L'œdème, limité d'abord aux malléoles, gagne les jambes puis les cuisses et le bas ventre. Il se fait de l'ascite. Les urines sont pâles. Leur quantité

journalière atteint en moyenne un litre et demi. Elles renferment parfois un nuage albumineux.

L'amaigrissement et l'affaiblissement s'accroissent rapidement. La fièvre est intense, la dyspnée de plus en plus marquée, le malade tombe dans une somnolence comateuse et la mort survient le 13 octobre.

Deux ou trois jours avant la mort, on avait pu constater une teinte ictérique très évidente des conjonctives et de la peau, surtout à la face. Les urines étaient devenues rougeâtres.

AUTOPSIE. — On trouve les poumons infiltrés de tubercules grisâtres dans toute leur étendue. Ces tubercules, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de riz, sont beaucoup plus nombreux vers le sommet qu'à la base. Les sommets sont indurés, pris en masse en quelque sorte. La plèvre présente çà et là, et surtout sur les sommets, des fausses membranes plus ou moins développées, plus ou moins adhérentes qui fixent le poumon à la paroi thoracique. Le sommet droit est ainsi englobé par une véritable coque, épaissie, résistante, d'aspect presque cartilagineux.

Le cœur, renfermé dans le péricarde, présente un volume considérable. La masse surprend dès le premier regard. Le sac péricardique ne renferme cependant pas de liquide; les deux feuillets du péricarde sont intimement accolés. Il faut un certain effort pour les disjoindre et l'on n'y arrive qu'en arrachant des lamelles d'aspect fibrineux, jaunâtres et résistantes, qui, restant adhérentes en partie à la membrane viscérale, en partie au feuillet pariétal, donnent à la paroi interne du péricarde un aspect particulièrement rugueux, qui rappelle assez bien celui des peaux incomplètement raclées. Tout à fait en haut, à l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte, cette adhérence n'existe pas et les deux feuillets péricardiques ont conservé en partie leur poli.

Sur une coupe perpendiculaire à la lame viscérale du péricarde, on trouve un épaississement énorme de cette enveloppe. Elle présente près de deux millimètres d'épaisseur et se compose de couches superposées, d'aspect différencié. A la surface, la couche fibrineuse en lamelles que l'on a signalée. Au-dessous, une mince couche jaunâtre transparente, dure, ressemblant à de la gélatine à peu près complètement concrétée; puis, au-dessous encore, des masses jaunâtres ou irrégulières sont contenues dans une membrane grisâtre, d'apparence fibreuse mais homogène cependant, qui les enveloppe en formant, de distance en

distance, de petites travées perpendiculaires. Ces noyaux jaunâtres sont quelquefois plus développés: alors ils font à la surface libre du péricarde une saillie marquée et se montrent sous la forme d'un soulèvement blanc jaunâtre, dur et résistant. Ces noyaux saillants sont plus nombreux au voisinage des sillons du cœur et en particulier du sillon inter-auriculo-ventriculaire, à sa partie postérieure.

Les cavités du cœur, les ventricules surtout ont subi une dilatation marquée. Le cœur, dans son ensemble, est augmenté de volume. Il présente une forme plus globuleuse qu'à l'état normal.

Le foie pèse 1750 gr. Il présente l'aspect d'un foie cirrhotique dans lequel la sclérose serait peu prononcée. Sa surface n'est pas bosselée. Des granulations, de petits tractus blanchâtres s'aperçoivent par transparence. Le lobe gauche est très aplati; il présente de petites inégalités. Sur la coupe, on retrouve, sur un fond brunâtre où la congestion veineuse est évidente, les petits nodules et les petits tractus blanchâtres qui se montrent par transparence sous la capsule de Glisson. La vésicule est dilatée, remplie d'une bile très noire et très visqueuse. Ça et là, quelques tractus blanchâtres fixent le foie aux organes voisins.

Au niveau du hile, on rencontre des ganglions augmentés de volume, durs et jaunâtres à la coupe, qui se continuent avec une masse ganglionnaire principale développée le long de l'insertion du mésentère. La veine cave et l'aorte sont englobées par cette masse. Il est difficile de décider si leur calibre se trouvait rétréci.

La tête et le corps du *pancréas* sont également enserrés par cette masse bossuée, blanc jaunâtre, dont la dureté rappelle beaucoup plutôt les ganglions cancéreux que les ganglions tuberculeux ou caséeux.

Le rein droit est volumineux. Il présente, extérieurement et intérieurement, l'aspect classique du gros rein blanc. Le rein gauche, au contraire, avec les mêmes apparences, est beaucoup plus petit; son volume atteint à peine la moitié de celui du rein droit. Il est dur, assez résistant, pâle et homogène à la coupe, bien que les pyramides de Malpighi, jaunes et comme effacées, s'y puissent encore distinguer.

Du côté du *testicule*, on trouve les deux feuillets de la vaginale réunis par des adhérences fibreuses assez lâches. Le testicule présente à peu près le volume d'un œuf de poule, la vaginale semble épaissie. Il est dur, résistant, presque ligneux dans toute son étendue. L'augmentation de volume et l'induration portent aussi bien sur le corps

que sur l'épididyme, mais les proportions de ces deux parties de l'organe sont conservées.

Le testicule résiste à la coupe. On trouve l'albuginée épaisse. Le corps d'Hygmore est très dur et augmenté de volume. Il forme une masse blanchâtre, d'aspect et de consistance squirrheuses. Il en part, pour aller se fixer à l'albuginée, des travées fibreuses, larges et dures, entre lesquelles on aperçoit des masses opaques d'un blanc jaunâtre, à contours arrondis, d'une grande fermeté, très difficiles à énucléer. La tête de l'épididyme présente sur une coupe un aspect grisâtre, homogène, plus voisin du squirrhe que du tubercule.

L'étude histologique, pratiquée à l'amphithéâtre des hôpitaux, a été faite sur des coupes colorées par le picro-carmin, après durcissement préalable par l'alcool, la gomme et l'alcool. Ces coupes ont été faites en grand nombre sur des points différents, dans des directions variées.

On peut considérer les lésions, dans l'épididyme, dans le corps d'Hygmore et le testicule.

A. *Corps du testicule.* Avec un grossissement faible (oc. 1, obj. 2 de Verrich, corps non tiré) on aperçoit du premier coup d'œil les lésions les plus importantes et aussi les plus évidentes. On trouve, çà et là, dans la coupe plus ou moins arrondie, plus ou moins ovale, de larges boyaux à limite très apparente, remplis de cellules jaunâtres, petites, arrondies, pressées les unes contre les autres, de façon à former des masses d'aspect caséux. La forme du contour de ces boyaux est variable, naturellement, suivant que le rasoir les a rencontrés plus ou moins obliquement. Leur limite est marquée par une zone étroite, très nettement limitée extérieurement, dans laquelle les cellules se sont colorées par le picro-carmin. Avec un grossissement un peu plus considérable, on distingue dans les cellules jaunâtres du centre des noyaux multiples. Les cellules colorées de la périphérie sont un peu plus régulières et rappellent mieux les cellules épithéliales aplaties. A certains endroits, en dehors de cette rangée, unique ou multiple, de cellules épithélioïdes colorées, on aperçoit très nettement une membrane amorphe, réfringente, sur laquelle les cellules les plus intérieures reposent. On comprend ainsi pourquoi elles sont régulièrement placées les unes contre les autres, de façon à former un contour linéaire dans les endroits où la membrane amorphe a disparu par accident de préparation. Plus en dehors encore et au pour-

tour de cette masse, qui rappelle bien l'aspect d'un conduit glandulaire dilaté, on aperçoit une tunique constituée par des fibres conjonctives placées de façon à former une gaine enveloppante. Souvent, les fibres de cette tunique sont dissociées par des éléments embryonnaires ou épithélioïdes et l'infiltration se poursuit au voisinage. Ces cellules ne se colorent point par le carmin, elles sont souvent pressées les unes contre les autres et l'ensemble prend l'apparence d'une masse caséeuse plus ou moins étendue, plus ou moins irrégulière à ses confins, au centre de laquelle se trouvent les boyaux à contour coloré que l'on a signalés. Sur un petit nombre de tubes, la paroi propre à disparu, la zone des cellules colorantes n'existe plus que sur une partie de la paroi, et les cellules jaunâtres opaques du centre se continuent par la brèche ainsi ouverte avec les éléments semblables, plus ou moins tassés du voisinage.

En dehors de ces boyaux, on trouve une masse colorée en rose et constituée par de petits éléments arrondis, entre lesquels on aperçoit des fibres conjonctives à directions diverses, qui limitent ainsi des mailles envahies par ces éléments embryonnaires très petits. Ça et là, des capillaires sanguins remplis par des globules et plus ou moins ramifiés.

Dans quelques endroits, on rencontre des follicules tuberculeux très nets; au centre, une ou plusieurs cellules géantes opaques, homogènes, au pourtour des éléments épithélioïdes, puis embryonnaires, disposés autour de ces cellules comme autour d'un centre de groupement.

Là où se rencontrent ces follicules tuberculeux, on ne trouve rien qui rappelle l'existence des tubes séminifères. Dans les parois des boyaux que l'on a décrits, on ne voit rien non plus qui puisse faire penser à l'existence de follicules développés aux dépens de ces parois. Dans les boyaux eux-mêmes, on ne trouve pas de cellules géantes.

Une artériole située au milieu de la masse embryonnaire présente sur un point une prolifération abondante de sa tunique interne; il existe là une tache très nette d'endarterite.

Les boyaux que l'on a décrits, ne peuvent être que des tubes séminifères dilatés. On ne pourrait pas les considérer comme des lymphatiques gorgés d'éléments caséeux. On en a pour preuve l'existence d'une membrane amorphe, l'existence d'une rangée de cellules colorées à la face profonde de cette tunique propre et leur régularité très constante.

B. A la partie supérieure du testicule, au-dessous du

corps d'Highmore, les tubes séminifères ne se trouvent plus. Il existe là un grand nombre de follicules tuberculeux, juxtaposés et faciles à déterminer. Lorsqu'on pénètre dans l'intérieur même du corps d'Highmore, on voit les follicules devenir plus rares, mais ils existent encore. Ils se sont alors creusés des loges dans l'épaisseur même de la masse fibreuse, en écartant les travées lamineuses. En haut et en avant, plus de follicules tuberculeux, mais seulement des travées fibreuses dirigées en divers sens et relativement très serrées. De petits vaisseaux, remplis de globules, existent en grande quantité. Plus haut, on rencontre des vaisseaux sanguins et des espaces plus ou moins réguliers formés par l'écartement des fibres lamineuses et très irrégulièrement tapissés par des cellules aplaties, colorées par le carmin, qui rappellent l'endothélium vasculaire en voie de desquamation et peut-être de prolifération.

C. Plus haut encore, se voit la coupe des canaux de l'épididyme, faciles à reconnaître à leur épithélium cylindrique. Sur certains de ces canaux, cet épithélium est en voie de desquamation. Il remplit le centre du canal et devient jaunâtre, arrondi. Quelques-uns des conduits sont aussi complètement oblitérés par les débris de cet épithélium.

Le tissu conjonctif est serré, abondant; nulle part, on n'y a trouvé de tubercule caractérisé. Toutefois, un certain nombre d'amas embryonnaires, de coloration légèrement jaunâtre, semblent bien être des tubercules rencontrés par la coupe, en dehors des cellules géantes,

Le foie présente un grand nombre de petits tubercules, constitués le plus souvent par la réunion de deux ou trois follicules. Généralement, ces follicules se trouvent placés en rangées irrégulières, les uns à la suite des autres, de sorte qu'à première vue, à un grossissement très faible, il semble que l'on ait affaire à des travées cellulaires jeunes, développées entre les lobules hépatiques écartés les uns des autres. L'existence des cellules géantes, la disposition nodulaire des globules embryonnaires, leur coloration spéciale montrent bientôt la signification exacte de ces productions. Quelques-uns des nodules tuberculeux sont complètement isolés.

Ces nodules sont développés dans les espaces conjonctifs interlobulaires. Ils sont enveloppés par une zone plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, dans laquelle on trouve souvent des canalicules biliaires de fin calibre reconnaissables à leur épithélium cubique en margelle de puits et des veines à lumière béante, à parois épaissies.

Beaucoup des veines centrales sont oblitérées. On trouve

à leur place un amas d'éléments embryonnaires fortement colorés par le carmin. Les cellules hépatiques ont subi en grand nombre la dégénérescence graisseuse. Cette dégénérescence occupe surtout la périphérie des lobules et semble plus prononcée précisément dans ceux dont la veine centrale est oblitérée. Quelquefois, des follicules entament par la périphérie un des lobules du voisinage et viennent ainsi jusqu'au contact de la veine centrale. Il ne semble pas qu'il se développe de tubercules soit au pourtour de cette veine centrale, soit dans la partie moyenne du lobule. Souvent, on suit des traînées d'éléments embryonnaires qui pénètrent entre les cellules et les écartent les unes des autres. Il faut dire toutefois que cela ne se fait que dans de petites proportions, de telle sorte que la constitution et l'aspect général du lobule sont peu modifiés par cette prolifération. Sur d'autres points, et précisément, semble-t-il, dans les endroits où la dégénérescence graisseuse prélobulaire est la plus prononcée, les cellules hépatiques sont séparées les unes des autres par des globules rouges accumulés dans les capillaires.

Les coupes faites sur le *péricarde* sont très caractéristiques. En allant du muscle cardiaque vers la périphérie, on rencontre successivement trois couches superposées : une couche graisseuse, une couche tuberculeuse, une couche fibrineuse.

Dans la couche graisseuse, on rencontre un grand nombre de vaisseaux oblitérés et remplis de globules sanguins. Dans la couche tuberculeuse, on trouve des follicules tuberculeux complets, juxtaposés et séparés par des travées fibreuses qui leur forment ainsi de véritables loges. A la limite de cette zone, on reconnaît la couche fibreuse la plus extérieure du péricarde formée par des fibres lamineuses superposées. Elles renferment dans leur intervalle un grand nombre d'éléments embryonnaires, épithélioïdes, qui sont sans doute des cellules endothéliales en voie de prolifération.

Vient ensuite la couche fibrineuse constituée par de grandes travées homogènes, colorées en rose, anastomosées les unes avec les autres, et renfermant dans les intervalles de ces lames homogènes une masse granuleuse. A la surface, ces lames sont appliquées les unes contre les autres et parallèles à la face du péricarde. C'est sans doute aux mouvements du cœur qu'est attribuable cette disposition lamellaire.

Dans la partie la plus profonde de cette couche fibrineuse, se voient de nombreux vaisseaux, des capillaires gorgés de

globules rouges. La circulation sanguine avait ainsi pénétré jusqu'à la partie moyenne de la zone fibrineuse, ce qui montre une tendance évidente à l'organisation.

Des coupes pratiquées sur la *muqueuse gastrique*, au niveau des ulcérations qu'elle renfermait, montrent que ces lésions sont aussi tuberculeuses. A la partie superficielle, on trouve un agrégat de granulations arrondies, caséuses, en voie de destruction et d'élimination. Plus profondément, au contact des faisceaux musculaires de la tunique circulaire, il est facile de reconnaître la nature tuberculeuse de cette infiltration. Les faisceaux musculaires lisses sont dissociés par la masse tuberculeuse ; çà et là, se distinguent des follicules munis de cellules géantes. Dans la masse elle-même, se rencontrent des débris de fibres musculaires encore faciles à reconnaître. Il n'est plus question des glandes, ni de la couche cellulaire sous-muqueuse ; elles ont complètement disparu. Il est donc impossible de déterminer, d'après cette coupe, quelle a pu être l'origine première de la lésion, le lieu d'implantation primitif du tubercule.

Dans les *reins*, les travées qui séparent les tubuli sont plus apparentes que normalement. Ces tubuli sont eux-mêmes remplis de cellules épithéliales déformées. Cette desquamation est au maximum dans le labyrinthe. Les capillaires sont gorgés de globules rouges et très évidents dans les espaces intertubulaires. Il y a donc de la stase sanguine très marquée, comme dans le rein cardiaque. De loin en loin, sous la capsule et dans la masse du rein, de préférence au voisinage des glomérules, on aperçoit des amas embryonnaires qui sont sans doute de nature tuberculeuse. Sur d'autres points, plus rares et d'étendue restreinte, il existe des taches de néphrite interstitielle.

RÉFLEXIONS. — L'observation qui précède nous semble mériter à quelques égards considération, malgré les lacunes regrettables qu'elle renferme.

Au point de vue clinique, les phénomènes observés avaient donné le change sur leur signification réelle : le gonflement du ventre, l'épanchement ascitique avaient été considérés comme le résultat d'une poussée tuberculeuse vers le péritoine. En réalité, cette séreuse était exempte de tubercules. C'est à la lésion hépatique qu'il faut attribuer ces manifestations abdominales. Il s'est produit là, par suite de la formation des tubercules en grand nombre dans les espaces interlobulaires, un trouble de circulation qui s'est traduit par de l'ascite. On n'avait pas attribué à la faiblesse et à

l'inégalité du pouls une importance assez grande. Sans doute, si l'on avait donné plus d'attention à ces caractères du pouls, à l'obscurité des bruits du cœur, au développement réellement exagéré de l'œdème des membres inférieurs, on se fût rapproché du diagnostic exact et l'on eût pensé peut-être à la péricardite tuberculeuse et à la symphyse cardiaque. A l'autopsie, on s'est trouvé amené par des coïncidences particulières à soupçonner le cancer alors qu'il n'y avait partout que des lésions tuberculeuses. Celles-ci, il est vrai, se présentaient dans des conditions faites pour provoquer l'erreur.

Le testicule malade n'était que peu augmenté de volume. L'hypertrophie avait porté sur le corps aussi bien que sur la glande. Les proportions se trouvaient ainsi conservées. La tête de l'épididyme, dure et saillante, ne présentait pas à la coupe l'aspect caséeux caractéristique, mais un aspect grisâtre et fibreux. Le corps était lui-même d'une consistance presque ligneuse. Les masses blanchâtres, contenues par des travées fibreuses épaisses, très visibles, très larges, étaient résistantes et dures.

Cet aspect tout particulier, l'ulcération stomacale, l'existence de ganglions durs et blanchâtres dans l'épaisseur du mésentère, la péricardite avec saillies blanchâtres et rugueuses, tout cela amenait à penser au cancer : tout cela était cependant tuberculeux.

A propos du testicule, en particulier, nous insisterons sur le gonflement des tubes séminifères par des détritits cellulaires qui n'avaient à notre sens rien de tuberculeux. Dans aucun cas, nous n'avons trouvé de cellule géante dans l'intérieur de ces boyaux. Les cellules les plus voisines de la membrane amorphe avaient conservé la propriété de se colorer fortement par le carmin. Enfin, cette desquamation se montrait déjà très évidente dans l'épididyme. Il semblait donc y avoir une inflammation étendue des tubes séminifères.

Nulle part nous n'avons pu voir les follicules tuberculeux se développer aux dépens des parois des tubes. Il est vrai que, dans les endroits où les tubercules étaient le plus nombreux, les tubes avaient à peu près complètement disparu. Il était dès lors impossible de déterminer quel pouvait avoir été leur point premier d'implantation. Les tuber-

cules se trouvaient en assez grand nombre dans le corps d'Hyghmore et en nombre beaucoup moins grand dans l'épididyme, où l'on trouvait surtout une véritable cirrhose extérieure aux tubes.

Pour terminer, nous appellerons encore l'attention sur la tuberculose du foie observée dans ce cas. A l'œil nu, cet organe avait absolument l'aspect d'un foie atteint de cirrhose vulgaire peu développée: c'étaient les mêmes points rouges et jaunâtres juxtaposés. A la coupe, une dureté de sclérose. Les tubercules n'apparaissaient point. Après quelques temps de séjour dans la liqueur de Müller, puis dans l'alcool, ils se montraient au contraire facilement et tranchaient par leur coloration grise sur la coloration blanche des trachées conjonctives.

La congestion hépatique, l'angéiocholite développée au voisinage des tubercules expliquent très bien l'apparition de l'ictère dans les derniers jours de la vie.

18. Kyste de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit; par M. Paul GIBIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Dusselier Louis, 17 ans, garçon marchand de vin, se présente à la consultation de M. le Dr DESPRÉS, à la Charité, pour une tumeur située à la face palmaire de l'index droit, deuxième phalange. Il s'est aperçu du début de cette tumeur il y a deux ans.

Au moment où il se présente, il éprouve de la gêne et de la douleur au niveau du point indiqué plus haut. La douleur est due à la formation d'un petit abcès situé au-dessus de la tumeur. L'abcès est incisé, il sort une grosse goutte de pus. Huit jours après, le malade se présente de nouveau. Une ponction est faite dans la tumeur, dont le volume atteignait celui d'une noisette. Une matière blanchâtre, rubanée, s'échappe entre les lèvres de l'incision. M. Després énuclée la poche contenant cette matière.

Nous avons examiné cette matière blanche, légèrement grisâtre, au microscope; elle n'était formée que de cellules épithéliales plates sans noyau. Quelques cristaux losangiques un peu jaunâtres se rencontrent dans la préparation. Le contenu ne semble comprendre aucune goutte de graisse. L'enveloppe du kyste est composée de cellules épithéliales à la partie interne, cellules aplaties et tassées comme celles qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané, mais, on ne trouve pas la disposition cellulaire décrite par

MM. Cornil et Ranvier dans la paroi des kystes sébacés. Peut-être le siège de cette tumeur kystique, soumise à des frottements répétés, chez un travailleur, a-t-il été la cause d'une altération qui en change les caractères primitifs? La partie externe de l'enveloppe est formée de tissu fibreux. Notre examen histologique a été confirmé par M. Cornil, à qui nous avons montré nos pièces.

Il est difficile de se prononcer sur la nature de ce kyste. Peut-être est-ce un kyste dermoïde de la première variété de Lebert? L'enveloppe n'avait aucune ouverture, pas de papilles. Le contenu ne renfermait aucune trace de poils ou d'os.

Le malade qui avait ce kyste présente cette particularité qu'il a été opéré, il y a cinq ans, par M. Després, pour un kyste dermoïde de la queue du sourcil, du côté gauche.

19. M. GIBIER présente également le *cerveau d'un cheval* dans lequel il existe une *tumeur* molle développée aux dépens du plexus choroïde gauche. L'animal avait perdu les sensibilités spéciales. La sensibilité générale était conservée, au moins en partie.

Séance du 25 novembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

20. M. RECLUS entretient la Société d'une opération qu'il a récemment pratiquée. Il s'agissait d'une *tumeur* siégeant à la *partie postérieure du bras*, au niveau du tiers inférieur. Bien que la peau ait été attaquée avec le thermocautère, M. Reclus n'en a pas moins obtenu une réunion par première intention. Il insiste à ce propos sur la possibilité de la cicatrisation immédiate, consécutivement aux opérations pratiquées à l'aide du thermo-cautère, cicatrisation qui n'est pas, d'après lui, aussi difficile à obtenir qu'on le pense généralement.

21. Syphilis. — Gomme de la région frontale. — Nécrose du frontal; par M. A. SIRKBY, interne des hôpitaux.

X... couturière, 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, n° 15, service de M. BESNIER. Bonne santé habituelle. Ancienne maladie grave. Les premiers accidents remontent à l'année 1868. La malade fut traitée à cette époque à Lyon pour une roséole et des plaques muqueuses de la bouche et de la vulve. Séjour de deux mois à l'hôpital. Traitement mercuriel pendant cette durée. Complètement abandonné depuis. Aucun accident grave jusqu'à l'année 1874.

A cette époque, elle vit apparaître sur le côté gauche de la face des tumeurs qui furent traitées dans le service de M. LAILLER, à Saint-Louis. Diagnostic: Gommès syphilitiques. Traitement: Iodure de potassium. Sortie de l'hôpital complètement guérie au bout de trois mois.

Vers la fin de l'année 1879, tumeur sur le côté droit de la région frontale. Ulcération au commencement de 1880. La malade n'entre à l'hôpital que vers la fin de juin 1880. Elle présente à cette époque une dénudation de l'os frontal sur l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. Au mois de janvier 1881, on voit sur la région frontale, du côté droit, une vaste ulcération de cinq centimètres environ de diamètre. Le centre est occupé par une surface noire correspondant à la partie nécrosée du frontal qui est restée au contact de l'air. Les bords de la plaie qui viennent jusqu'au contact de la bordure noire sont décollés, et laissent pénétrer le stylet à une certaine profondeur. On sent un sillon faiblement accentué, à un demi-centimètre environ du bord de la plaie. Suppuration très abondante et très fétide. Le sillon d'élimination s'accroît lentement, progressivement, mais sans que le séquestre devienne manifestement libre.

Vers le milieu de mai: œdème des paupières du côté droit. Douleur dans tout le côté droit de la tête. M. Le Dentu constate une infiltration de pus dans la paupière supérieure et établit une contre-ouverture sur la partie moyenne de la paupière, laissant un tube à drainage qui part de l'ulcération. Dans le courant de juin: ouverture d'un abcès sur le cuir chevelu, en arrière de l'ulcération. Nouveau tube à drainage.

Cependant, la malade est épuisée par la persistance et l'abondance de la suppuration. M. Le Dentu, sollicité à plusieurs reprises par M. Besnier, retarde l'intervention chirurgicale dans la crainte d'adhérences de la dure-mère,

crainte légitimée par la mobilité très restreinte du séquestre.

Au commencement d'août, le séquestre peut subir quelques légers mouvements. Le stylet, introduit sous les parties molles, en haut de l'ulcération, fait découvrir un nouveau séquestre en arrière et en haut du séquestre principal.

8 septembre. La mobilisation du séquestre au niveau de l'ulcération détermine M. RICHELOT, remplaçant M. Le Dentu, à pratiquer l'ablation de l'os nécrosé.

L'opération a eu lieu le 14 septembre. Chloroformisation. Débridement des parties molles. Ablation des séquestres à l'aide d'une spatule employée comme levier et d'un davier résistant. Décollement des adhérences à la partie centrale des séquestres avec la spatule. Aucun accident : la plaie ovale mesure environ dix centimètres de long sur huit de large. La dure-mère dénudée est couverte de bourgeons charnus. Pansement de Lister. Aucune complication.

25 novembre. La plaie, pansée à l'iodoforme, est à peu près arrondie et ne présente plus qu'un diamètre de six centimètres environ.

Suppuration très faible. La malade est en bonne voie : il n'est survenu, ni avant, ni après l'opération, aucun trouble de la mobilité. Aucun symptôme de méningite.

22. Ramollissement de la capsule interne dans l'hémisphère gauche du cerveau. — Hémiplégie et hémianesthésie droite. — Aphasie, pas de surdité verbale ; par M. Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé C... Ch, âgé de 54 ans, égoutier, entre le 18 novembre 1881, salle Saint-Charles, n° 30, service de M. PROUST, à Lariboisière.

Le vendredi 18 novembre, cet homme rentre chez lui, après son travail. Il traîne la jambe droite, il est mal à son aise. Il accuse de l'étourdissement, de la céphalalgie. Dans l'après-midi, on le trouve paralysé du côté droit, ne pouvant plus parler. On l'amène à l'hôpital.

D'après les renseignements recueillis, il n'aurait jamais été malade auparavant et était bien portant les jours qui ont précédé cette attaque. Le samedi matin, la face est rouge, vultueuse ; paralysie du côté droit. La commissure de ce côté est fortement abaissée. La commissure gauche est élevée et la déviation de la face augmente notablement par les mouvements volontaires que fait le malade. Dans

toute l'étendue du facial inférieur, la peau est lisse, les sillons sont effacés. Il est difficile de décider s'il existe de la paralysie du facial supérieur.

Du côté des yeux, rien de particulier, pas de déviation conjuguée, pas de chute appréciable de la paupière. Les pupilles sont également contractées des deux côtés.

Le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit sont absolument inertes. Ils retombent passivement lorsqu'on les soulève et le malade est dans l'impossibilité complète de leur imprimer aucun mouvement. La langue est également paralysée du côté droit. Elle est fortement déviée dans cette même direction et le malade ne la tire qu'avec une grande difficulté. Il y a aussi de la paralysie du voile du palais.

Le membre supérieur droit et le côté droit de la face sont complètement anesthésiés. Le malade ne manifeste en aucune façon qu'il perçoit les piqûres, les pincements, etc., faits de ce côté. Il en est de même pour la cuisse. Il semble y avoir perception à la jambe, mais d'une façon très obtuse, avec un retard considérable, atteignant souvent 30 à 40 secondes.

Lorsqu'on lui parle, le malade entend. Il comprend les choses simples qu'on lui demande, mais il ne peut répondre que par des sons inarticulés. Lorsqu'on lui demande de donner sa main gauche, de lever son pied gauche, il exécute immédiatement ces mouvements. Lorsqu'on lui demande de donner sa main droite, il la soulève avec la main gauche et l'apporte. Il fait signe que la chose est impossible quand on lui dit de lever le pied droit.

On lui montre différents objets, son verre, une cuillère, une montre, etc. On lui demande comment s'appellent ces objets, en les appelant d'un nom qui ne leur appartient pas. Est-ce une fourchette? par exemple, en lui montrant un verre. Il fait signe que non, jusqu'à ce qu'on nomme exactement l'objet. Il se trompe une fois ou deux seulement sur dix ou douze. De même, lorsqu'on lui demande son âge, et qu'on lui propose divers chiffres, il fait signe que non, jusqu'à ce qu'on arrive à celui qui représente réellement son âge.

Battements énergiques du cœur. Son auscultation est rendue très difficile par le bruit de la respiration. Il ne semble pas y avoir de souffle. Les artères sont rigides, athéromateuses.

Le lendemain, le malade est dans le même état. On constate sur la moitié droite de la face une sueur abondante, qui n'existe pas dans la moitié opposée.

La paralysie du côté droit persiste au même degré. L'anesthésie se constate à peu près dans les mêmes conditions que la veille. Il semble y avoir perception obtuse, avec retard considérable lorsqu'on pique la jambe droite. Du côté gauche, la perception est immédiate; le malade exprime la douleur qu'il éprouve par une grimace très significative.

Il peut tirer la langue, bien qu'avec difficulté. Il continue à répondre aux questions par des syllabes inarticulées. Il est impossible de lui faire compter avec les doigts un nombre très simple. Il continue cependant à comprendre lorsqu'on lui dit de donner la main, de lever le pied, etc. Il est impossible de savoir exactement s'il voit de l'œil droit aussi bien que de l'œil gauche. Il semble entendre moins bien de l'oreille droite que de la gauche, mais cela est peu net et incertain. Le lundi, le malade tombe dans le coma. Il meurt pendant la nuit.

AUTOPSIE. — L'autopsie du cerveau a seule été possible. La pie-mère est sillonnée de veines turgescents, gorgées de sang noirâtre. Elle est épaissie, rougeâtre, mais s'enlève sans difficulté, sans amener de déchirure des circonvolutions. Cette rougeur et cet épaississement existent au même degré sur les deux hémisphères. Les artères de la base du cerveau sont épaissies. Leur tunique présente une plus grande résistance et moins d'élasticité qu'à l'état normal. Ça et là, on trouve une petite plaque athéromateuse. Dans l'intérieur de ces artères, on voit un caillot rouge, très fin, très facilement friable; nulle part, il n'y a de thrombose, de caillot fibrineux oblitérant l'artère. Les principales branches artérielles qui naissent de l'hexagone de Willis sont dans les mêmes conditions.

Les circonvolutions sont normales, tant à droite qu'à gauche. Nulle part de foyer de ramollissement, d'hémorragie ou d'autre lésion. Le bulbe et le cervelet ne présentent non plus rien de particulier. Les plexus choroides renferment une grande quantité de petits kystes, du volume d'une tête d'épingle, en général.

Des coupes verticales sont pratiquées successivement sur les deux hémisphères, de la région frontale à la région occipitale. L'hémisphère gauche ne présente rien de notable; sa consistance est ferme; les circonvolutions sont très nettes, d'une coloration légèrement rosée; la substance blanche est parsemée d'un piqueté rouge fin, et assez abondant. Sur l'hémisphère gauche, on trouve un foyer de ramollissement, rosé par places, blanchâtre, laiteux à d'autres;

le ramollissement commence en dehors de la tête du noyau caudé, et se poursuit en arrière, jusqu'à la partie la plus reculée de la capsule interne, jusqu'à la rencontre du prolongement postérieur du ventricule latéral correspondant. Dans ce trajet, il occupe la capsule interne, surtout dans ses deux tiers supérieurs, et la moitié interne du noyau lenticulaire, au niveau du coude de la capsule interne. Il déborde le bord supérieur de la capsule interne de façon à intéresser la partie avoisinante de la couronne rayonnante, dans l'étendue d'un centimètre en moyenne. L'épaisseur de cette bande de ramollissement est du reste plus grande à sa partie antérieure qu'à sa partie postérieure, et, en arrière du noyau lenticulaire, le long du prolongement occipital du ventricule moyen, on ne trouve plus qu'une mince traînée de ramollissement rosé.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente, nous semble-t-il, plusieurs points qui méritent d'être relevés.

L'existence de l'hémi-anesthésie et de l'hémiplégie droites n'a rien qui ne s'explique très bien par l'autopsie, puisque le ramollissement portait sur toute l'étendue de la partie supérieure de la capsule interne. Le faisceau moteur, en avant, le faisceau sensitif, en arrière, devaient être intéressés.

Le malade était aphasique. Il n'était pas simplement en état apoplectique, puisqu'il comprenait ce qu'on lui disait. Cette aphasie s'explique très bien par la destruction des faisceaux blancs venus de la troisième circonvolution frontale. Il est à remarquer qu'il n'y avait pas de surdité verbale.

La théorie de la surdité verbale a été fondée par comparaison avec l'aphasie que les Allemands appellent *motrice*, c'est-à-dire l'aphasie telle que l'ont comprise Broca, Trousseau, Falret. La prédominance de la partie antérieure gauche du cerveau, et surtout de la troisième circonvolution frontale, est bien établie. Il y a des exceptions indiscutables; mais, la grande majorité des faits est en faveur de la prédominance de l'hémisphère gauche et surtout de sa partie antérieure. Cette unilatéralité, pour ce qu'on appelle la surdité et la cécité verbales, n'a même pas été mise en discussion, tant on est resté fidèle au parallélisme établi entre l'aphasie motrice et l'aphasie sensitive.

Il nous semble que notre observation ne plaide nullement en faveur de la théorie qui sert de base à la surdité verbale.

Les faisceaux moteurs correspondants à la troisième frontale gauche sont détruits : il existe de l'aphasie motrice. Les faisceaux sensitifs sont également détruits, et il n'y a pas de surdité verbale. Le parallélisme ne se maintient donc pas. Tout au moins, le fait n'est pas en faveur de l'unilatéralité psycho-sensorielle, là où il y avait unilatéralité psychomotrice.

Le malade, au lendemain de sa paralysie, comprenait beaucoup mieux que beaucoup d'aphasiques dans les mêmes conditions. Cela ne tiendrait-il pas à ce que les circonvolutions avaient été respectées? Déjà, à propos d'une observation présentée à la Société anatomique, nous avons fait la même remarque et proposé la même hypothèse? Il s'agissait d'une hémorragie qui, située sous l'insula, avait déchiré en avant les faisceaux sensitifs destinés à la troisième frontale et à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. L'intégrité de la substance grise périphérique n'est sans doute pas chose indifférente.

23. Tumeur maligne du sein, d'aspect anormal. — Opération ; par M. Aimé GUINARD, interne des hôpitaux.

La nommée Maupin est une fleuriste, âgée de 43 ans. Elle a toujours joui d'une santé excellente. Elle aurait eu cependant, dit-elle, des fièvres intermittentes à l'âge de 25 ans. Mais, ces fièvres n'ont pas reparu depuis ce temps-là. Au mois de février 1881, elle a ressenti quelques douleurs dans le sein gauche, et a constaté l'existence d'une « petite boule » roulant sous la peau, immédiatement au-dessus du mamelon. Cette tumeur, peu douloureuse spontanément, le devenait beaucoup à la pression. La malade recourut en vain à l'application de pommades fondantes : bientôt, la peau s'ulcéra et laissa bourgeonner au dehors une petite saillie qui ressemblait à « une mûre de buisson. » Depuis ce moment-là, l'affection s'est aggravée rapidement et c'est ce qui décide la malade à entrer à la Pitié. Le 17 septembre 1881, elle est couchée au n° 13 de la salle Lisfranc, dans le service de M. le professeur VERNEUIL.

Elle se présente dans un état d'affaiblissement général très notable ; elle est pâle, amaigrie, et n'a point d'appétit. Elle accuse des élancements au niveau du sein gauche, sans irradiation du côté du bras. La tumeur a atteint le volume d'un gros poing. Elle est située au-dessus du mamelon ; son aspect est fongueux, on dirait qu'elle a détruit la peau pour

faire hernie au dehors. Elle forme une masse bourgeonnante, finement framboisée, qui saigne dès qu'on la touche et qui laisse suinter un ichor fétide. Au pourtour de cette sorte de fungus, la peau est violacée et parsemée, surtout à la partie supérieure, de petits noyaux durs ressemblant à de gros grains de plomb. Cette tumeur fait corps avec la glande mammaire et semble même adhérente au grand pectoral. Enfin, l'examen du creux de l'aisselle permet aisément de constater la présence de plusieurs ganglions durs et réunis en masse.

Un *examen* attentif de tous les viscères ne révélant chez la malade aucune tare organique, une opération sanglante est décidée pour le 6 octobre.

Au jour fixé, la malade se plaint de malaise, de nausées, etc., elle a eu un frisson la veille et sa température axillaire atteint 39°. M. Verneuil, en présence de ces symptômes, ajourne l'opération. Le lendemain, on constate une poussée érysipélateuse qui rend compte de tous les signes observés.

20 octobre. L'érysipèle a complètement disparu. La malade est considérablement affaiblie; elle est pâle et présente tous les signes d'une cachexie avancée.—L'opération est décidée pour le 9 novembre.

Opération. Afin de prévenir l'introduction des matières septiques de la tumeur dans la plaie produite par l'instrument tranchant, M. Verneuil met en usage une pratique qui lui a déjà servi plusieurs fois, en pareil cas. La malade étant chloroformée, il badigeonne la surface de la tumeur avec de l'acide chromique, avant de prendre le bistouri. Le sein est ensuite enlevé en totalité; l'incision se prolongeant jusque dans le creux de l'aisselle. La masse ganglionnaire de l'aisselle adhère aux gros vaisseaux de la région, qu'on voit à nu au fond de la plaie. Ajoutons enfin qu'il est nécessaire, pour extirper complètement la tumeur, de disséquer le grand pectoral et d'enlever l'aponévrose de ce muscle.

Section médiane de la tumeur. On constate immédiatement que le tissu rougeâtre, qui donnait à la tumeur cet aspect fongueux, ne s'étend pas en profondeur à plus d'un centimètre. Tout le reste du néoplasme est dur à la coupe et sillonné de vaisseaux nombreux. On y voit des nodules adipeux très abondants, séparés par des travées épaisses, d'aspect brillant. En outre, nombre de points sont ramollis et se laissent enlever aisément par le dos du scalpel. L'examen histologique ne laisse d'ailleurs aucun doute sur le diagnostic.

Pas de réunion : plaie pansée à plat avec la gaze phéniquée. Les jours suivants, on pulvérise de l'eau phéniquée sur la plaie, pendant plusieurs heures par jour. Grâce à toutes ces précautions antiseptiques, la température de la malade n'a jamais dépassé 38° depuis le jour de l'opération.

30 novembre. La plaie est presque complètement cicatrisée. La malade est gaie et a repris de l'appétit. Elle demande à quitter l'hôpital.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous avons eu affaire à un cancer du sein, se présentant sous un aspect absolument **exceptionnel**. Cet aspect pouvait, au premier abord, faire penser à un épithélioma papillaire; tandis que, la rapidité de la **marche**, la présence de petits noyaux durs sous la peau **environnante**, l'engorgement des ganglions axillaires, l'état cachectique de la malade, etc., imposaient le diagnostic de **carcinome du sein**.

24. Coloration des bactéries par le violet de méthyle; par M. MALASSEZ.

Le violet de méthyle, introduit en histologie par Cornil, comme réactif de la substance amyloïde, a été proposé depuis par Weigert pour la coloration des bactéries. Cette méthode, employée par Koch, donne des préparations très démonstratives; mais elle n'est pas sans présenter certaines difficultés d'application contre lesquelles viennent souvent se buter ceux qui cherchent à s'en servir. Aussi, je crois utile, les recherches sur les bactéries se multipliant de tous côtés, d'indiquer avec quelques détails la série de précautions qu'avec mes collègues de laboratoire, MM. H. Martin, Suchard, Vignal, nous avons reconnues nécessaires pour la bonne réussite des préparations. Nous n'inventons donc rien, nous précisons.

Comme on l'a dit avec juste raison, tous les violets de méthyle ne sont pas également favorables; et le meilleur paraît être le violet dit : B B B B B. On en fera une solution aqueuse au 1/000. — Deux cas peuvent se présenter : il s'agit d'examiner soit des tissus, soit des liquides.

1° **Tissus.** — Les tissus seront durcis, au préalable, dans l'alcool absolu de préférence, en employant de petits morceaux et une certaine quantité d'alcool; le durcissement sera obtenu rapidement en quelques heures. On fait alors des coupes aussi fines que possible, que l'on laisse quelques

instants s'imbiber dans de l'eau distillée et filtrée. On peut aussi se servir de pièces durcies par l'acide picrique, la gomme et l'alcool, mais il faut alors laisser les coupes un temps plus long dans l'eau, afin de les débarrasser complètement de la gomme et de l'acide picrique qu'elles renferment.

Les coupes sont portées dans un vase contenant une certaine quantité de la solution de violet au 1/000; on les laisse de 12 à 24 heures, du jour au lendemain. Il n'y a pas à craindre qu'il se développe de bactéries dans le bain, je m'en suis assuré, le violet s'opposant, au contraire, à leur développement.

Les coupes devenues d'un bleu foncé, sont passées à l'eau distillée pour enlever la couleur qui ne s'est pas fixée et portées dans une solution de carbonate de soude à 2 0/0; on les y laisse un quart d'heure au moins. Cette opération a pour but d'enlever aux noyaux leur coloration, qui, si elle persistait, gênerait la découverte des bactéries; celles-ci ne se décolorent pas, comme les noyaux, sous l'influence du carbonate de soude. Les préparations sont lavées de nouveau à l'eau, afin d'enlever l'excès de carbonate. Il est très important de se servir d'eau distillée et non d'eau ordinaire filtrée, à cause des sels de chaux qu'elle contient.

Les préparations sont alors portées dans l'alcool ordinaire, puis absolu, afin de les déshydrater. Pendant cette opération, elles se décolorent; mais, on ne doit pas chercher à atteindre par l'alcool le point où les tissus sont décolorés et les bactéries ne le sont pas, parce que les préparations, devant être soumises à l'essence de girofle, qui dissout très énergiquement le violet, on risquerait de dépasser la décoloration convenable, de décolorer les bactéries. Avec l'alcool, il faut chercher uniquement à déshydrater les coupes.

Dès qu'elles sont déshydratées, elles sont alors portées dans l'essence de girofle, afin de les éclaircir et de les mener au point voulu de décoloration. Pour ce faire, il est bon de les placer dans une très petite quantité d'essence, parce que cette substance se chargeant de violet, la décoloration s'y fait plus lentement et plus régulièrement; s'il est besoin d'activer la décoloration, on ajoute peu à peu de l'essence de girofle fraîche. De temps en temps, on porte une des préparations sous le microscope, afin de surveiller la décoloration; quand elle est suffisante, les tissus ne doivent plus avoir qu'une teinte bleutée, tandis que les bactéries se présentent sous la forme de points, de bâtonnets ou de petites chaînes d'un bleu intense. Ce point obtenu,

les coupes sont rapidement retirées de l'essence, égouttées et rangées sur le porte-objet. Puis, pour enlever l'excès d'essence qui les imprègne, on applique sur elles un peu de papier buvard ; si on laissait de l'essence, la décoloration se continuerait dans le baume, et la préparation, très bonne tout d'abord, serait bientôt perdue.

L'essence enlevée, on dépose une goutte de baume de Canada sur le couvre-objet très mince, on le renverse sur les préparations et on établit une compression légère. Il faut employer le baume non dissous dans le chloroforme ou dans une essence, car le chloroforme ou l'essence décolorerait bientôt les bactéries.

Si l'on veut avoir les noyaux colorés, il suffira de supprimer, dans la série des opérations sus-indiquées, le bain de carbonate de soude ; les noyaux seront alors colorés en bleu comme les bactéries. Cette similitude de couleurs pouvant entraîner certaine confusion, mieux vaut donner aux noyaux une couleur autre que le bleu, le carmin par exemple. Les coupes, une fois faites, seront donc colorées de picrocarminate, puis lavées à l'eau, de façon qu'il ne reste plus trace d'acide picrique, et alors on suivra toute la série des opérations, y compris le bain dans le carbonate de soude ; le carbonate, qui décolore les noyaux teints par le violet, ne décolore pas ceux qui le sont par le carmin (1).

Si l'on n'a qu'une coupe à colorer, on peut opérer sur la lame porte-objet au lieu de la faire passer dans cette série de bains successifs. La seule précaution à prendre sera de maintenir la préparation dans une chambre humide pendant la coloration au violet, sans quoi elle se dessècherait.

2° *Liquides*. — La méthode est la même : qu'il s'agisse de sang, de lymphe, de sérosité, de pus ou d'urine. Une goutte de liquide est portée sur la lame porte-objet et est étalée à l'aide d'une autre lame ou d'une baguette de verre. Si le liquide est riche en bactéries, ce dont on se sera assuré au préalable, la couche sera mince ; s'il est pauvre, elle sera épaisse. La préparation est alors desséchée rapidement en l'agitant à l'air ; ou, si cela ne suffit pas, en la chauffant doucement au-dessus de la flamme d'une lampe ; il faut avoir soin que la lame de verre soit tiédie seulement et non brûlante à la main.

Le liquide ainsi desséché forme maintenant une mince pellicule collée sur la lame de verre et que l'on va pouvoir

(1) Weigert a également eu l'idée de ces doubles colorations, qui donnent des préparations superbes.

colorer, comme s'il s'agissait d'une coupe; mais, pour empêcher qu'elle ne se détache au contact des divers liquides auxquels elle doit être soumise, il faut la fixer au préalable. Divers procédés peuvent être employés: on peut verser sur la préparation soit de l'alcool absolu, soit une solution d'acide chromique au 1/00, soit une solution d'acide osmique également au 1/00; on peut aussi exposer les préparations aux vapeurs d'acide osmique en les renversant simplement sur l'ouverture d'un flacon contenant de l'acide osmique. Le contact de ces divers agents doit être de très courte durée; avec les solutions chromique et osmique, il suffit de faire couler les liquides sur la préparation. On lave ensuite la préparation à l'eau; ce lavage doit être plus complet pour celles qui ont été fixées par l'acide chromique. Cela fait, on peut opérer comme il a été dit plus haut pour la coloration des coupes sur le porte-objet: picrocarminate et lavage à l'eau si l'on veut la double coloration, puis, solution de méthyle dans la chambre humide, lavage à l'eau, carbonate de soude, lavage à l'eau, alcool absolu, essence de girofle, baume. Une seule précaution à prendre: la préparation étant une pellicule très mince, les décolorations y sont très rapides; aussi, faut-il déshydrater rapidement par l'alcool absolu et éclaircir également très rapidement par l'essence de girofle.

Que si l'on ne tient pas à la double coloration, on peut simplifier beaucoup les opérations: sur la préparation desséchée et fixée, on verse un peu de la solution de violet et on l'y laisse s'y dessécher à l'abri des poussières. Cela fait, on éclaircit d'emblée avec l'essence de girofle, qui dissout le violet en excès; puis, on enlève l'essence avec le papier buvard, et on monte dans le baume de Canada.

J'ajouterai en terminant ce que Weigert a déjà dit, qu'il ne faut pas attribuer à la coloration des bactéries par le violet plus d'importance qu'elle n'en a réellement et en faire un signe pathognomonique; il est peut-être des bactéries qui ne se colorent pas par le violet de méthyle, et il est à coup sûr des granulations qui se colorent par le violet et ne sont pas des bactéries; les grains d'éléidine, par exemple, que l'on rencontre dans le stratum granulosum de l'épiderme, se colorent vivement par le violet de méthyle.

Dans un travail récent (*Arch. de Virchow*, t. 84, p. 275), Weigert a recommandé un autre violet, le violet dit de gentiane. Je l'ai essayé, il m'a paru en effet plus rapide d'action et plus tenace, il s'emploie comme le violet 5 B,

avec cette seule différence, qu'en raison de sa rapidité d'action, la coloration est obtenue en quelques heures.

26. M. BALLET communique l'observation d'un malade *hémiplégique* à gauche, chez lequel il n'y avait au membre inférieur ni contracture ni exagération des réflexes. Ce malade avait été autrefois atteint de paralysie infantile.

27. M. CHARCOT annonce à la Société qu'il lui communiquera sous peu des *préparations de cerveau et de moelle*, faites par M. Ferrier, et qui établissent que, chez le singe, les lois régissant la production des dégénérescences secondaires sont les mêmes que chez l'homme.

Le secrétaire,

G. BALLET.

DÉCEMBRE.

Séance du 2 décembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Mélanose des ganglions bronchiques. — Caverne ganglionnaire s'ouvrant dans la bronche gauche. — Dyspnée continue et accès de suffocation paroxystiques. — Insuffisance aortique. — Hémiplégie ancienne légère. — Gomme syphilitique du front. — Mort par hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire. — Eschare fessière. — Altérations des nerfs cutanés; par MM. L. LANDOUZY et J. DÉJÉRINE.

La nommée X..., âgée de 37 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur HARDY, suppléé par M. LANDOUZY, salle Sainte-Anne, lit n° 17, le 28 juillet 1881, pour des accidents dyspnéiques remontant à un mois environ. Cette femme prétend, qu'auparavant, elle a toujours été bien portante, sauf une attaque d'hémiplégie gauche, survenue il y a 15 mois.

Etat actuel. C'est une femme d'apparence frêle plutôt chétive, pâle, anémique. Ce qui frappe à première vue en l'examinant, c'est l'existence d'une tumeur sur le côté droit du front. Cette tumeur, du volume d'une petite noix, est apparue il y a deux mois; elle est dure, indolente; la peau qui la recouvre est un peu rouge au centre, la malade en a déjà eu une semblable il y a un an, et la cicatrice est très nette. Hémiplégie gauche légère, la malade marche en traînant un peu la jambe, le bras est un peu plus pris que cette dernière. Facial intact. Contracture latente des membres du côté de l'hémiplégie. Exagération très prononcée des réflexes tendineux. Intégrité de la sensibilité générale et spéciale. Dyspnée continue avec cornage trachéo-bronchique perceptible à distance. Accès de suffocation intermittents très intenses et faisant songer à la trachéotomie. Voix normale. Expectoration mousseuse, sans caractères

et peu abondante. L'exploration du pharynx, par la vue et le toucher, ne dénote rien de particulier. La palpation de la région antérieure du cou également. La percussion des *poumons* est normale, rien à noter. A l'auscultation, *cor-nage* trachéo-bronchique très prononcé entre les deux omoplates, pas de râles. *Cœur* augmenté de volume, souffle diastolique le long du bord droit du sternum, pas de souffle systolique soit à la pointe, soit à la base. Pouls vibrant et dépressible. Pouls capillaire très net sur la peau du front. Double souffle crural. Rien de particulier du côté des autres viscères. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. On diagnostique : compression trachéo-bronchique par une tumeur, probablement syphilitique, chez une femme atteinte d'insuffisance aortique. — L'hémiplégie ancienne est rapportée à la syphilis. Traitement : Bromure de potassium, 6 gr. par jour. Sirop de Gibert, 1 cuillerée. Toniques. Sous l'influence de ce traitement, si la dyspnée resta la même, les accidents spasmodiques laryngés diminuèrent au bout de 8 jours. Pas de changement jusqu'au 15 août. A partir de cette époque, l'état général s'affaïsse, la malade reste confinée au lit, l'appétit diminue, et, le 29 août, au matin, on trouve la malade dans le coma, avec rotation de la tête et des yeux à droite, et contracture extrêmement prononcée du bras et de la jambe du côté gauche. A droite, membres en résolution. Eschare en voie de développement sur la fesse gauche. La malade meurt le 30 août, à 5 heures du soir, sans être sortie de son état comateux, la contracture et la déviation conjugquée ont persisté jusqu'à la mort.

AUTOPSIE, faite 32 heures après la mort. — Cadavre sec, un peu amaigri, sans œdème. Sur le front, tumeur en voie de ramollissement. A la coupe, on tombe sur un tissu caséeux, sec et dur dans les parties profondes, d'une couleur blanc jaunâtre, entouré d'une coque conjonctive. La peau avoisinante présente une cicatrice blanchâtre, déprimée, non pigmentée. Pas d'autres altérations de la peau ni du squelette. *Encéphale* : Boîte osseuse normale, pas d'hyperostoses. *Dure-mère* saine, pas de pachyméningite. *Piè-mère* non adhérente. Rien à noter du côté des circonvolutions de la face convexe, points moteurs normaux. A la base, petite plaque jaune de 3 cent. de longueur sur 1 de largeur sur la deuxième circonvolution orbitaire du côté droit. Hémorragie ventriculaire bilatérale, partant de l'hémisphère droit. Cette hémorragie part des ganglions cérébraux correspondants ; mais il est absolument impos-

sible, par suite de la destruction des parties, d'en préciser le point de départ. Les capsules interne et externe, les noyaux lenticulaire et caudé, la couche optique sont réduits à l'état de pulpe rougeâtre, dans laquelle il est impossible de retrouver les traces de la lésion ayant produit la première attaque d'hémiplégie. Hémisphère gauche normal. Le ventricule latéral est rempli de sang en partie coagulé. Le sang existe aussi en petite quantité dans le quatrième ventricule. *Cervelet* normal. Dégénérescence secondaire très légère du faisceau pyramidal dans le pédoncule droit et la protubérance. La pyramide du même côté est plus petite qu'à gauche. Les anévrysmes miliaires n'ont pas été recherchés. Pas de lésions appréciables des artères de la base de l'encéphale, qui ont leur épaisseur et leur transparence normales. *Moelle épinière* : Canal rachidien normal. Rien à noter du côté du tissu cellulaire péri-méningé. Dure-mère normale. La moelle, examinée à l'état frais, à l'aide de coupes transversales, ne présente pas d'altérations manifestes, la dégénérescence secondaire n'est pas nette. Les racines postérieures, examinées au microscope, dans les régions dorsale inférieure et lombaire, ne paraissent pas altérées. *Eschare* : Les nerfs cutanés, pris dans le voisinage de l'eschare, présentent des altérations considérables de névrite parenchymateuse.

Cavité thoracique : Pas de déformation du squelette. Pas de liquide dans les plèvres. Pas d'adhérences. Les *poumons* sont normaux ; léger emphysème des bords antérieurs, pas de pigmentation anormale, pas de granulations tuberculeuses. Pas de dilatations bronchiques. *Hiles du poumon* : Mélanose des ganglions bronchiques très prononcée. On trouve, au niveau de la bifurcation de la trachée et enfermant les bronches, plusieurs ganglions noirs, augmentés de volume, le plus volumineux a la grosseur d'une noix. Les ganglions ont une coque sclérosée, et, à la coupe, ont l'apparence d'une truffe. Tous ces ganglions sont adhérents. Le plus volumineux d'entre eux est couché sur la face antérieure de la bronche gauche, à son origine, et lui adhère intimement. En ouvrant la trachée et les bronches ; on constate la présence de taches pigmentaires nombreuses. Pas de dépression de la muqueuse à leur niveau. Il existe une perforation arrondie, siégeant au niveau même de l'origine de la bronche gauche, sur la limite de l'éperon. Cette perforation a environ 1 cent. de diamètre ; ses bords sont taillés à pic, et, avec le stylet, on pénètre dans le plus gros des ganglions mélaniques, transformé en caverne à parois noirâtres et scléreuses. L'origine de la bronche, immédia-

tement au-dessus de la perforation, est légèrement rétrécie. Il n'existe pas d'autres perforations. Il n'existe pas non plus de diverticules de traction. La muqueuse des grosses bronches est rouge brun, et les glandes nettement gonflées.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche. Insuffisance aortique sans rétrécissement; valvules sigmoïdes épaissies, indurées, avec quelques petites végétations filiformes sur leur nodule. Endartérite de l'origine de l'aorte et de la crosse, processus ancien, plaques scléreuses épaissies, quelques-unes scléro-athéromateuses; pas de rougeur de la tunique interne. Mitrale et tricuspide normales. Myocarde légèrement brunâtre. Quelques plaques laiteuses sur la face antérieure. Quelques grammes de sérosité citrine dans le péricarde.

Œsophage normal, pas de pigmentation ni d'enfoncement de la muqueuse. *Larynx* normal. *Foie* légèrement muscadé, pas de périhépatite, pas de gommes. *Reins*, volume normal, pas d'adhérence de la capsule, anémie de la couche corticale. *Estomac et intestins* normaux. Rien à noter du côté de la vessie. *Utérus* de nullipare, rien du côté des annexes.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un exemple remarquable d'adénopathie bronchique par mélanose ganglionnaire. La syphilis, dont cette femme était atteinte, fit songer pendant la vie soit à un rétrécissement des bronches d'origine syphilitique, soit à une compression due à une tumeur de même nature. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'accidents dus à l'hypertrophie, avec mélanose des ganglions bronchique, altération fort bien décrite d'abord par Liouville, en 1869, puis Eternod, en 1879. Le cas actuel montre, une fois de plus, la difficulté de faire un diagnostic exact dans des cas de ce genre.

2. Hémiplégie droite chez un enfant de 9 ans. — Méningo-encéphalite. — Mort. — Sarcome névroglique de la tubérance compliqué d'hémorragie dans le côté gauche du pont de Varole; par M. POUSSON, interne des hôpitaux.

D..., âgé de 9 ans, entre à la salle Saint-Louis, hôpital des Enfants-Malades, service de M. le D^r ARCHAMBAULT, le 4 octobre 1881. C'est un enfant d'une bonne constitution, bien développé pour son âge, n'ayant aucun antécédent morbide personnel ou de famille. Ses père et mère vivent encore et

se portent bien ; il a un frère et une sœur également bien portants.

Le 28 septembre, sans aucune espèce de prodromes, ce garçon a été frappé subitement d'hémiplégie du côté droit. Le matin de ce jour, il avait été à l'école, suivant son habitude et avait joué et travaillé comme à l'ordinaire, lorsque, dans l'après-midi, voulant se mettre à écrire, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus se servir de sa main droite ; voulant se lever, il sentit que la jambe du même côté était faible ; cependant, il put marcher en traînant le pied. Les personnes qui l'ont vu à ce moment disent qu'il avait les traits tirés à gauche (hémiplégie faciale droite). Il resta chez lui, sans faire aucun traitement, jusqu'au 4 octobre, et vint ce jour-là à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades.

Il peut encore marcher, mais traîne la jambe comme un vieux paralytique, il soutient aussi son bras droit avec la main gauche pour l'empêcher de pendre inerte le long du tronc. Le bras et la jambe, du côté paralysé, sont susceptibles de quelques mouvements : par exemple, le malade peut mettre son bras sur sa tête, mais il y parvient avec peine, d'une façon désordonnée, en lançant son membre. Si on le prie de serrer la main, on constate que la force est très amoindrie. Comme pour le bras, la paralysie du membre inférieur est incomplète ; si le malade ne peut soulever la jambe, il la fléchit assez facilement et fait aisément glisser le talon sur son lit. Du côté de la face, hémiplégie complète à droite portant sur l'orbiculaire. Les muscles de l'œil ont tous conservé leur action, (pas la moindre déviation des yeux,) ils suivent tous les mouvements du doigt. Des deux côtés, les pupilles sont égales et mobiles. La langue est déviée à gauche. Les mouvements réflexes sont conservés, ils ne sont pas exagérés. La sensibilité, sous toutes ses formes, interrogée avec soin, paraît conservée.

Le malade parle avec une certaine difficulté à cause de sa paralysie faciale, mais son intelligence est parfaite. Il n'éprouve aucune douleur de tête ; n'a jamais eu de vomissement. Pouls 72. T. 37°,4. Rien à noter du côté de la respiration. Rectum et vessie se vident bien. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Purgatif.

6 octobre. Ce matin, faisant lever le petit malade, on s'aperçoit qu'au lieu de rester flasque et de traîner pendant la marche, le membre paralysé est légèrement contracturé ; le pied est en bateau sur la jambe et arcbouté contre le sol. Très légère contracture aussi du côté du bras. La présence d'une petite ulcération à la commissure labiale gauche fai-

sant naître le soupçon d'une lésion syphilitique, on prescrit, en désespoir de cause, du sirop de Gibert à la dose d'une cuillerée par jour.

10 octobre. La contracture, plus accentuée dans tout le côté paralysé, offre ce caractère d'être pour ainsi dire intermittente, beaucoup plus prononcée à de certains moments qu'à d'autres, ou même elle fait presque complètement défaut : à ce moment même, le malade meut plus aisément le bras et la jambe. Pas de fièvre. Etat saburral. Constipation. Eau de sedlitz.

Rien de nouveau ne survient chez notre malade, jusqu'au 28 octobre. A cette époque, la contracture du côté paralysé est plus marquée, surtout dans le membre supérieur. Le malade est somnolent; l'intelligence est intacte, mais paresseuse; la parole lente et embarrassée. Le pouls lent, 64, mais régulier. Respiration 16. T. 37°,8. Dans la journée, le malade a eu une selle involontaire. Pas de vomissements.

25 octobre. Somnolence plus marquée qu'hier soir; cependant, le malade peut encore répondre aux questions qu'on lui adresse. Le bras reste fortement contracturé tandis que la jambe l'est très peu. Il n'y a pas de déviation des yeux; les pupilles sont mobiles et égales. La sensibilité, obtuse des deux côtés, à cause de l'état comateux, ne paraît pas plus affaiblie à droite qu'à gauche. Pouls 60, irrégulier. T. 37°,9. Constipation, mais pas de vomissements. Soir : Coma plus profond. Le malade tourne la tête à notre appel mais ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Mâchonnement. Pupilles resserrées, surtout du côté droit. Yeux convulsés en haut et à gauche. A l'examen ophthalmoscopique, légère suffusion de la papille droite. Constipation. Ventre aplati. P. 56, irrégulier. T. 38°,2. R. 11.

26 octobre. Coma moins profond, le malade répond aux questions. Il ne se plaint pas de la tête. La contracture est moindre dans le bras que les jours précédents. P. 72, très irrégulier. R. 14. T. 37°,5. On s'aperçoit en découvrant le malade que la cuisse droite est manifestement plus grêle que la cuisse gauche et on trouve à la mensuration : jambe gauche 0^m22; cuisse gauche, 0^m28 1/2; jambe droite, 0^m20 1/2; cuisse droite, 0^m27. Soir, coma très profond. P. 76, très irrégulier. T. 38°,2. R. 16.

27 octobre. Comme hier matin, le malade est moins comateux que le soir. La contracture est moins prononcée. Pour la première fois, il a vomi ce matin. Toujours constipation. P. 64, très irrégulier. T. 37°,6. R. 14, un peu hâlante. Calomel à l'intérieur. Soir. Comme les soirées pré-

cédentes, coma profond. La contracture dans le bras et la jambe est plus accentuée. Le ventre se rétracte. Tache méningitique. P. 76. irrégulier. T. 38°. R. 16.

28 octobre. Le coma est remplacé par une légère somnolence, le malade a repris toute son intelligence. Il demande à manger avec insistance. La contracture est beaucoup plus forte que les jours précédents. La langue est fortement déviée à droite. P. 108, toujours irrégulier. T. 37°, 5. R. 20. Soir. Un peu plus d'abattement que ce matin, mais bien moindre que les jours précédents. Contracture toujours intense. Vomissement. Selle involontaire. P. 104, très irrégulier. T. 37°, 4. R. 20.

Jusqu'au 16 novembre, c'est-à-dire pendant 20 jours, le malade reste dans cet état : intégrité à peu près complète de l'intelligence, difficulté dans la parole ; contracture variable du côté hémiplégié ; pas de paralysie des yeux ; quelques vomissements de temps à autre ; selles involontaires et incontinence d'urine. Pas de fièvre. Pouls devenu régulier, oscille entre 75 et 90. Amaigrissement considérable pendant cette période.

16 novembre. Hébétude. Vomissement ce matin. P. très irrégulier, 68. R. 14. T. 37°, 6. La contracture du côté hémiplégié est plus forte que les jours précédents. Soir. P. irrégulier, 72. R. 16. T. 38°, 2. Coma profond.

17 novembre. Coma. Malade avale difficilement ; liquides refluent par les narines. Contracture persiste. P. irrégulier, 96. T. 37°, 6. Soir. P. 104. T. 38°, 2.

18 novembre. Même état. Yeux convulsés en haut et à gauche. Vomissements. Selles involontaires. Ventre très rétracté. P. 108. R. irrégulière, saccadée, 12. T. 37°, 3. Soir. P. 108. R. 15. T. 38.

19 novembre. Même état. Amaigrissement fait des progrès rapides. Le malade avale très difficilement. La poitrine se remplit de râles. La respiration est suspicieuse. La langue se sèche. P. 112. R. 13. T. 37°, 6. Soir. P. très irrégulier, 120. R. 20. T. 38°.

La mort survient le 24 novembre, à 5 h. du soir, par l'aggravation des phénomènes comateux. Le pouls, très rapide, ne pouvait être compté à la fin. La T. prise au moment de la mort s'élevait à 38°, 2.

AUTOPSIE, faite le 24 novembre. — A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate que les veines de la convexité du cerveau sont gorgées de sang ; les méninges sont saines dans toute l'étendue de la voûte. Il n'en est pas de même à la base. Un exsudat blanchâtre, gélatineux, recouvre la pie-

mère au niveau de la protubérance, empiétant à peine sur le bulbe. Mais, ce qui attire tout de suite l'attention, c'est la présence d'un foyer hémorrhagique siégeant sur le côté gauche du pont de Varole, en un point que nous fixerons tout à l'heure; soulevant la pie-mère à son niveau, il se montre à travers sa transparence. Cette membrane, d'ailleurs, n'a pas été rompue, elle est un peu vascularisée et tapissée par l'exsudat déjà signalé. Le foyer sanguin intraprotubérantiel a soulevé la substance nerveuse, qui s'est complètement éraillée au point le plus saillant, de sorte que le sang est en contact immédiat, à cet endroit, avec la pie-mère. Ce sang est noir, coagulé, son extravasation paraît de date récente.

Après avoir enlevé avec beaucoup de soin la pie-mère, on s'aperçoit que la protubérance annulaire, outre le foyer hémorrhagique qui soulève sa partie gauche, présente vers son bord supérieur les déformations suivantes :

Tout l'isthme de l'encéphale semble transporté de gauche à droite (je suppose l'encéphale dans le crâne), en sorte que les pédoncules cérébelleux et cérébral gauches semblent un peu tirillés et allongés. Le bulbe est indemne, le sillon transversal qui le sépare de la protubérance est incliné à gauche et en bas. Au lieu de se terminer par un bord régulier, transversal à sa partie supérieure, le pont de Varole présente en ce point trois saillies (a. b. c.) de volume inégal qui le festonnent. Leur couleur est un peu plus foncée que le reste de la protubérance, leur consistance un peu plus grande. Voici exactement leur disposition : la plus volumineuse a est placée à gauche, elle se continue et fait corps avec la moitié gauche de la protubérance, qui est le siège du foyer hémorrhagique, libre par sa partie supérieure, elle fait un relief de près d'un centimètre au-dessous de la face inférieure du pédoncule cérébral correspondant, atteignant presque en avant le tubercule mamillaire. La deuxième saillie b, intermédiaire aux deux autres par son volume, surmonte la partie latérale gauche du pont, s'avancant aussi par son bord libre vers le tubercule maxillaire; à sa base, il existe une petite tumeur du volume d'un petit pois. Quant à la troisième saillie c, située sur la ligne médiane, au-dessus des deux autres qui la cachent en partie, elle a le volume d'un petit grain de raisin; elle s'avance au-dessous de l'espace perforé postérieur.

Les tractions, quoique très légères, qu'on a exercées sur la pie-mère pour l'enlever, ont agrandi l'orifice extérieur du foyer hémorrhagique et le caillot sanguin fait maintenant

hernie à la surface du flanc gauche du pont. Il occupe le point où le pédoncule cérébelleux se détache.

Les nerfs qui émanent du bulbe ne paraissent pas, à l'examen microscopique, avoir subi de lésions. Il en est de même des trijumeaux, dont l'origine sur les parties latérales de la protubérance ne se fait pas au même niveau, en raison même du transport de l'isthme dans son entier du côté droit; le trijumeau droit naît sur un plan supérieur au trijumeau gauche. Le pathétique gauche, si voisin du foyer de l'hémorrhagie, est intact; il en est de même des moteurs oculaires communs, qui émergent de l'espace interpédonculaire, en embrassant, dans leur angle de divergence, la saillie médiane c.

Le pédoncule cérébral gauche, que l'on ne peut apercevoir qu'en soulevant la saillie a, est plus volumineux que celui du côté opposé; il semble aussi plus allongé. La bandelette optique qui l'embrasse semble allongée. Sa coloration est plus foncée que celle du pédoncule droit. Telles furent les lésions extérieures constatées le jour même de l'autopsie. Six jours après, le cerveau, ayant dans l'intervalle de ce temps macéré dans l'alcool, des coupes furent pratiquées. Avant de les faire, on constata que, au niveau des saillies festonnant le bord supérieur de la protubérance, le tissu avait une consistance plus ferme, plus tenace que dans les autres points; sa coloration à ce niveau était aussi un peu plus foncée. Une première coupe, portant sur les deux pédoncules, sépare la protubérance, le bulbe et le cervelet des hémisphères du cerveau. Rien d'anormal dans le ventricule moyen; intégrité des ventricules latéraux et de toutes les parties constitutives des hémisphères. L'examen de la coupe du pédoncule droit ne révèle rien de pathologique, tandis que la surface de section du pédoncule gauche présente les traces du foyer sanguin, s'étendant dans son étage inférieur au-dessous du locus niger. La protubérance, fendue d'avant en arrière sur la ligne médiane, ne paraît envahie par l'hémorrhagie que du côté gauche. Le foyer sanguin, débarrassé de son contenu, offre l'aspect d'une petite cavité oblongue, occupant toute l'étendue du pont, allongée suivant son axe antéro-postérieur depuis le pédoncule cérébelleux qu'elle intéresse jusque dans l'épaisseur du pédoncule cérébral, où elle se termine sur les limites de la capsule interne.

Examen microscopique, fait au laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté, par MM. VARIOT et LAGRANGE. — La pièce pathologique a été divisée en trois

parties correspondant aux mamelons précédemment décrits.

1° Le fragment correspondant au côté gauche contient à lui seul toute l'hémorrhagie. A ce niveau, les coupes montrent très nettement une néoplasie conjonctive jeune, caractérisée par beaucoup de noyaux embryoplastiques et quelques cellules fusiformes groupées en faisceau et se présentant, en quelques points, sous forme de tractus. Au milieu de ces jeunes cellules, se trouvent un grand nombre de vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Un volumineux anévrysme miliaire est très nettement visible. Sur les limites du foyer hémorrhagique, on voit les éléments du caillot sanguin en contact avec les éléments embryoplastiques du néoplasme.

2° Sur le fragment qui comprend le bord droit de la protubérance, on ne trouve que peu de traces de néoformation conjonctive. La substance nerveuse paraît intacte, sauf une abondance exagérée de petites cellules semblables aux myélocythes. Il existe à ce niveau un grand nombre de cellules nerveuses intactes, ce qui doit faire repousser l'idée de néoplasie. Dans la partie inférieure de ce fragment, c'est-à-dire vers la partie moyenne du bord droit de la protubérance, on voit un noyau de ramollissement jeune. Nous n'avons pu saisir les rapports de ce point ramolli avec l'hémorrhagie.

3° La partie moyenne de la tumeur ne contient que des noyaux embryoplastiques. Il n'y a pas de cellules fusiformes. On y trouve un grand nombre de vaisseaux qui présentent en quelques points des dilatations angulaires. En quelques points, on voit assez nettement un réticulum très fin. Quelques cellules nerveuses sont restées intactes au milieu du tissu morbide.

En somme, il est clair que cette tumeur, d'origine conjonctive, mérite le nom de sarcome névroglie. Ce sarcome était sans doute en voie d'accroissement rapide quand l'hémorrhagie s'est produite dans son tissu. Le point ramolli, situé dans la partie droite de la tumeur, ne paraît avoir aucun rapport avec le foyer hémorrhagique.

RÉFLEXIONS. — L'évolution clinique des symptômes offerts par le malade, dont nous venons de rapporter l'observation, a présenté deux phases bien distinctes : la première en date, phase hémiplégique ; la seconde, phase de méningo-encéphalite. Cette dernière, conséquence du substratum anatomique de la première, est de beaucoup la

moins intéressante ; les vomissements, la constipation du début, la fièvre, l'irrégularité du pouls ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence de phénomènes inflammatoires se passant dans les méninges de la base de l'encéphale ; le diagnostic méningite s'imposait en quelque sorte ; le pronostic, absolument grave, en découlait naturellement, une seule chose restait obscure, c'était la notion étiologique.

En effet, bien que le malade ait été soumis à notre observation pendant un mois avant l'éclosion des phénomènes inflammatoires, notre opinion n'était pas faite sur la nature de la lésion. Voici par quelle série d'hypothèses notre esprit avait passé sans s'arrêter précisément à aucune. Tout d'abord nous éliminâmes la possibilité d'un ramollissement embolique, ou d'une hémorrhagie cérébrale ; si la brusquerie des phénomènes, l'absence de tous prodromes plaidaient en faveur de ces lésions, l'âge seul du sujet ne permettait guère de s'y arrêter. Quant à l'hémorrhagie méningée, ses symptômes sont trop bruyants pour qu'elle fût mise en suspicion. L'idée d'un néoplasme était plus rationnelle, mais elle avait contre elle l'absence de tous phénomènes prémonitoires ; jamais de céphalalgie, pas de vomissements, intégrité absolue de toutes les fonctions ; au milieu de la santé la plus parfaite, *ictus hémiplégique*. C'est cependant à cette idée que nous nous arrêtâmes, mais, il restait encore à déterminer la nature et le siège de la production néoplasique. Préciser le siège nous parut assez facile ; en présence d'une hémiplegie droite, complète et directe, portant seulement sur la motilité, nous pensâmes que le produit morbide siégeait sur le pédoncule cérébral gauche ou sur la protubérance, à sa partie supérieure, en un point où seules les fibres motrices (étage inférieur) pouvaient être intéressées. En effet, le néoplasme siégeant dans la couche corticale n'aurait pas produit des phénomènes paralytiques aussi étendus à tout un côté, et certains troubles intellectuels s'y seraient joints ; siégeant plus bas vers le bulbe, au-devant de l'entre-croisement des fibres du facial, la paralysie aurait été alterne et les origines des nerfs bulbaires atteintes auraient donné lieu à des phénomènes paralytiques de ces nerfs. Il était donc probable, qu'occupant l'étage inférieur du pédoncule gauche, le pro-

duit morbide, même de volume médiocre, comprimait les filets nerveux moteurs de la face et des membres du côté correspondant, réunis en un faisceau compacte.

Déterminer la nature du néoplasme était plus difficile. Bien que nous ne trouvions ni du côté des parents du malade, ni du côté de ses antécédents particuliers aucun indice qui pût nous mettre sur la voie de la syphilis, nous eûmes cependant un instant cette idée, à cause de l'existence d'une petite ulcération siégeant à la commissure labiale; le traitement antisiphilitique resta sans effet. Restait à invoquer l'existence d'un tuberculome ou d'une de ces tumeurs assez fréquentes dans le jeune âge, développée aux dépens de la névroglie et désignée sous le nom de gliome. Nous nous arrêtâmes à l'hypothèse de ce tuberculome, à cause de la fréquence plus grande de ce néoplasme et aussi parce que les accidents inflammatoires revêtirent la forme de la méningite tuberculeuse.

L'événement nous donna raison sur le siège de la lésion, mais non sur sa nature. Il s'agissait d'un gliome compliqué d'une hémorrhagie de date récente autant que l'aspect du sang permet de l'affirmer. L'ictus hémiplégique du début ne nous semble pas avoir été causé par l'irruption du sang dans la protubérance, mais par un de ces accidents congestifs analogues à ceux qu'on retrouve fréquemment dans les tumeurs syphilitiques qui, d'abord silencieuses et parfaitement tolérées, se révèlent tout à coup par des phénomènes apoplectiques ou paralytiques.

3. Mal de Pott; par M. Paul BERBEZ, externe des hôpitaux.

Le nommé Marendino, tailleur, âgé de 45 ans, entre le 26 octobre 1881, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 21, service de M. FÉREOL.

Antécédents héréditaires. Rien de remarquable. Le père et la mère du malade vivent encore et se portent bien. Sur treize enfants qu'ils ont eus, dix vivent encore. Trois seraient morts en bas âge, au milieu de convulsions.

Antécédents personnels. Le malade n'a jamais eu d'affection l'obligeant à garder le lit jusqu'au mois d'avril dernier. Néanmoins, il dit qu'il s'enrhumait facilement et que, depuis deux ou trois ans, il était essoufflé au moindre effort. Il est tailleur depuis l'âge de dix ans, et a toujours

travaillé dans la position habituelle des tailleurs, assis sur une table, les jambes repliées sous lui et le dos voûté.

Au mois d'avril, il s'essouffle davantage, maigrit et perd l'appétit et est obligé de s'aliter pendant quinze jours. Se sentant un peu mieux, il reprend son travail, qu'il est obligé de cesser complètement au mois de septembre, à cause d'une pleurésie droite à épanchement abondant. Soigné pendant trois semaines chez lui par son médecin, il entre à l'hôpital, salle Saint-Jean, lit n° 21.

A son entrée, le malade se plaint seulement d'essoufflement, de douleurs vagues dans le dos et dans les épaules. A un examen superficiel, on en fait une bronchite chronique avec emphysème. Il tousse et crache beaucoup. La sonorité est grande à droite et à gauche. Il n'y a plus d'apparence d'épanchement pleurétique à droite. L'auscultation du cœur, rendue difficile par suite de l'emphysème pulmonaire, ne présente rien d'anormal. Dans cet état, le malade continue à se lever avec peine, il est vrai, mais va et vient dans la salle. Son état ne semble pas alarmant.

Le 15 novembre, il ne se lève plus, se plaint de douleurs vives dans le dos et garde constamment, le décubitus dorsal. Examiné plus attentivement, on remarque que le malade a le dos rond, sans gibbosité marquée; que la douleur dont il se plaint a son maximum d'intensité au niveau des premières vertèbres dorsales et que cette douleur s'irradie le long des parois thoraciques, à la manière d'une névralgie intercostale. La pression au niveau de la région dorsale est extrêmement douloureuse. Les mouvements d'extension et de flexion de la tête et du cou deviennent bientôt impossibles à cause de la douleur. En même temps, le malade se plaint de picotements dans les membres inférieurs. Néanmoins, il peut se lever et marcher dans la salle sans que cette marche ait un caractère spécial. Le malade est de plus en plus pâle, il ne mange pas, n'a pas de fièvre, dort peu; les fonctions digestives cependant s'accomplissent normalement; un peu d'œdème des jambes, pas de phénomènes nerveux bien nets.

Deux jours après, les douleurs sont plus vives encore, le malade a essayé de se lever et ses jambes se sont dérobées sous lui. Il peut à peine les mouvoir. Dans son lit, néanmoins, la paralysie n'est pas complète. Les symptômes physiques restent les mêmes. Il semble que la température cutanée soit plus élevée à droite du rachis qu'à gauche.

Les douleurs augmentent encore les jours suivants, elles s'irradient dans les jambes et les cuisses; nausées sans vomissements, fatigue extrême; le malade ne remue plus

dans son lit. La sensibilité devient un peu obtuse dans les membres inférieurs. Pas de troubles pupillaires.

Le 22 novembre, le malade se plaint de constipation ; il y a trois jours qu'il n'est allé à la selle. En même temps, il a de la rétention d'urine. On est obligé de le sonder deux fois. Il répond avec peine aux questions qu'on lui adresse, quoique ayant cependant toute son intelligence. La paraplégie incomplète du début persiste. Les douleurs sont très vives, la respiration les augmente. L'œdème des jambes augmente et le malade succombe dans le marasme, le 24, au soir.

AUTOPSIE, pratiquée le 26 novembre, au matin. — Le cadavre est toujours extrêmement gras. Épaisse couche de graisse sous tout le tégument du tronc. Membres inférieurs œdématiés. Léger épanchement péricardique. Liquide citrin peu abondant. *Cœur* un peu dilaté et décoloré. Très gras. Pas d'épanchement pleural ; à gauche, la plèvre se laisse facilement décoller. A droite, adhérences résistantes. *Poumons* emphysémateux. L'*aorte*, suivie depuis sa naissance jusqu'à sa division, est absolument saine. Les branches qui en partent ne présentent non plus rien d'anormal. Les organes du médiastin postérieur ne sont pas comprimés. L'*œsophage* est libre dans toute sa longueur. Après avoir décollé la plèvre à droite, nous tombons, au niveau de la région dorsale, sur une caverne osseuse, très anfractueuse, au fond de laquelle nous trouvons la moelle entourée de ses enveloppes très épaissies. Le corps de la troisième vertèbre dorsale est entièrement détruit, à l'exception d'une lamelle osseuse qui adhère encore au disque intervertébral sous-jacent. La caverne se prolonge sur le côté gauche du rachis, pénétrant les articulations costo-vertébrales et amenant une luxation spontanée des côtes correspondantes. Pas d'hémorragie dans le canal rachidien. L'anfractuosité est comblée par une bouillie noirâtre, dans laquelle on trouve une foule de séquestres. Pas d'abcès par congestion le long de la colonne vertébrale. Les racines nerveuses traversent la masse morbide et semblent avoir été comprimées par elles.

L'examen de l'abdomen ne présente que peu d'intérêt. L'estomac et l'intestin sont sains. Les organes du petit bassin aussi. Les reins sont gros, graisseux. Le foie est aussi frappé de dégénérescence graisseuse. La rate est normale.

RÉFLEXIONS. — Le côté intéressant de cette observation est l'absence de déviation angulaire, déviation considérée comme fatale, étant donnée l'étendue de la lésion osseuse. Cette absence de déviation peut sembler due au décubitus

dorsal que le malade a gardé d'une façon presque absolue, depuis le moment où les lésions osseuses devaient presque fatalement amener l'incurvation de la colonne vertébrale accompagnée de la production de courbures de compensation.

Cette absence de gibbosité, le peu d'intensité de la paralégie laissent le champ libre à trois hypothèses :

1° Un anévrysme de l'aorte thoracique que ne permettaient d'affirmer ni les symptômes physiques ni les signes d'auscultation et de percussion pas plus que l'examen sphymographique comparatif des radiales et des fémorales. 2° Un cancer latent de la colonne vertébrale consécutif à un cancer viscéral quelconque que l'on ne put trouver du reste et que contredisait, dans une certaine mesure, l'absence complète de teinte jaune paille. 3° Enfin, un mal de Pott dont la nature intime ne pouvait être reconnue ni d'après les antécédents héréditaires et personnels, ni d'après l'inspection directe des principaux organes. La complexité et la ressemblance des symptômes fournis par les trois maladies que nous venons d'indiquer en rendaient le diagnostic différentiel fort difficile.

4. Fracture par irradiation de la voûte du crâne et de l'étage moyen. — Fracture du condyle droit de l'occipital indépendante de la précédente; par M. VALUDE, interne des hôpitaux.

F... N.,, gardien de la paix, entre à l'hôpital de la Charité le 25 novembre 1881, dans le service de M. le professeur GOSSELIN.

Cet homme, étant tombé, tête première, dans un trou profond, fut apporté à l'hôpital sans connaissance et perdant beaucoup de sang par une plaie du cuir chevelu située au niveau de la suture fronto-pariétale gauche. Pendant les quelques heures qui suivent l'accident, on ne peut tirer le malade de la stupeur causée par la commotion cérébrale. Insensible aux excitations, n'admettant aucune boisson, il ne présente pour tous symptômes que des vomissements rebelles qui, dès le matin, font réserver le diagnostic.

Mort, seize heures après l'accident.

AUTOPSIE. — L'examen du crâne fit reconnaître une fracture fissurique qui, partie de la voûte du crâne au niveau de la plaie, aboutissait au trou déchiré antérieur du même côté, après avoir traversé la fente sphénoïdale. Cette lon-

une fissure, occupant la moitié gauche du crâne, était indépendante d'une fracture d'une longueur de deux centimètres et demi environ, située parallèlement à l'axe bulbaire, dans la partie moyenne de l'apophyse basilaire, et distincte elle-même de la troisième fracture, la plus intéressante, dont il nous reste à parler.

Le condyle droit de l'occipital, du côté opposé par conséquent à la fracture de la voûte, était fracturé complètement, ne se rattachant plus au reste de l'os que par un petit pont osseux à la partie antérieure du trou occipital. Ce fragment, entièrement indépendant des autres traits de fracture, était le siège d'un si grand déplacement qu'il avait pu dilacerer le lobe droit du cervelet et y produire un foyer hémorrhagique.

La même fracture avait déchiré la veine jugulaire interne au niveau de son golfe, et cette lésion avait produit au-dessous de la moitié droite de la protubérance et du bulbe, un épanchement de sang; et la compression exercée à ce niveau avait dû être la cause de la mort si rapide. Un gros caillot sanguin, interposé entre les surfaces fracturées, avait été vu à l'autopsie et n'avait laissé aucun doute sur la lésion de la veine et sur le déplacement réel du condyle fracturé.

REFLEXIONS. — Cette observation présente un grand intérêt, surtout à cause de cette forme rare de fracture de la base du crâne, entièrement indépendante de la fracture de la voûte et due à un mécanisme sur lequel les observateurs sont loin d'être d'accord.

La difficulté d'expérimentation et le petit nombre d'observations rendent sur ce point les théories un peu hypothétiques, et nous ne trouvons guère, à part la théorie du contre-coup, qui nous paraît hors de cause ici, que deux opinions pour expliquer ce fait : l'une est celle que Brodie en Angleterre, et qu'en France Trélat et Duplay ont exposée d'après les observations de Chauvel et de Berchon, et qui consiste à admettre un enfoncement du pourtour du trou occipital sous l'influence du poids du corps augmenté de la vitesse de chute, et s'exerçant par l'intermédiaire de la colonne vertébrale faisant office de tige rigide. L'autre est cette hypothèse ingénieuse de M. Beau, chirurgien de marine, qui, dans un fait analogue et pour le cas où un seul condyle était fracturé, avait admis une certaine torsion de la tête sur le rachis, qui, jointe au choc considérable

occasionné par la chute, produirait un véritable arrachement du condyle par le ligament odontoidien latéral.

La similitude des faits nous autorise à accepter cette dernière explication comme assez vraisemblable, et, en tous cas, ces deux théories ingénieuses sont intéressantes à rapprocher des mécanismes analogues des fractures des os longs des membres par écrasement et par arrachement.

5. Examen histologique d'un des doigts d'un enfant atteint d'ainhum ; par M. SUCHARD, interne des hôpitaux.

Nous avons présenté à la *Société anatomique*, au mois de novembre 1881, des pièces provenant d'un enfant atteint d'ainhum et apportées de l'île des Pins par M. le D^r Francisque Guyot. Nous avons remis en même temps à la Société un mémoire de M. le D^r Guyot donnant le résumé clinique de cette curieuse maladie, et analysant les cas qu'il en avait pu observer. Voici, maintenant, l'examen histologique de la lésion de l'ainhum, avec les conclusions qui nous en paraissent découler.

Nous avons choisi pour cela le pouce d'une des mains, où un sillon d'un millimètre environ de profondeur, situé sur la face palmaire du doigt, indiquait la maladie à son début, ou tout au moins à la période moyenne de son évolution. Ce pouce, après avoir été traité par l'alcool, décalcifié par un long séjour dans l'acide picrique, durci par l'action successive de la gomme et de l'alcool, a été coupé suivant son axe et perpendiculairement à la peau de sa face palmaire. Les coupes ont été ensuite colorées au picro-carminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine. Nous avons pu, de cette manière, sur une coupe intéressant le doigt dans toute son épaisseur, constater les lésions suivantes :

Au niveau du sillon qui caractérise la maladie, la constitution du derme est considérablement modifiée. Vis-à-vis de la partie la plus profonde du sillon, se remarque un faisceau volumineux de tissu conjonctif dense coupé en travers ; en l'examinant sur les coupes successives, on reconnaît qu'il est le plus accusé sur celles qui se rapprochent le plus du plan médian ; il se trouve limité à cet endroit par deux bandes longitudinales de tissu conjonctif. Latéralement, au contraire, et à mesure qu'on s'éloigne de la ligne médiane, il se confond de plus en plus avec le reste du derme.

Ce faisceau fibreux est donc tendu transversalement dans le fond du sillon ; il a son maximum d'épaisseur au niveau de la ligne médiane et se continue des deux côtés avec le tissu dermique dans lequel il se perd ; il est, du reste entièrement constitué par du tissu conjonctif fibreux, sans aucun mélange de fibres élastiques.

Les glandes sudoripares, qui sont très abondantes dans la pulpe du doigt, ainsi qu'il est facile de s'en assurer, semblent avoir été écartées par ce développement de tissu fibreux et même supprimées complètement dans le point où il est le plus considérable.

Les papilles ont disparu dans la partie la plus déclive du sillon ; latéralement, elles sont tantôt aplaties, tantôt allongées ; elles sont normales dans les autres points de la pulpe du doigt.

Dans la partie du pouce qui est au delà du sillon, nous n'avons constaté que le début de la dégénérescence graisseuse qui est signalée par les auteurs, et notamment par Wucherer, dans les extrémités atteintes d'ainhum. Nous croyons que cela doit être attribué à ce que, dans la période de la maladie que nous avons observée, la constriction n'était pas assez marquée pour interrompre la circulation et produire la nécrobiose graisseuse. Ce qui justifie notre hypothèse, c'est qu'il existe entre le fond du sillon et le tendon du fléchisseur s'insérant à l'os, une couche de tissu graisseux, renfermant des vaisseaux d'aspect normal.

L'artère radiale, examinée sur d'autres préparations, en même temps que l'artère cubitale, paraît normale, autant qu'il est possible de le voir après l'injection conservatrice du sujet qui a, par places, altéré la tunique interne des vaisseaux. Les nerfs de l'avant-bras, (médian et cubital), étudiés sur des coupes longitudinales et transversales, après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque et coloration au picro-carminate d'ammoniaque, ne présentent aucune lésion appréciable.

En résumé, nous ne voyons ici aucune lésion vasculaire ou nerveuse ; mais, nous sommes en présence d'une altération toute spéciale du tissu conjonctif du derme et des couches sous-jacentes. En effet, ce trousseau fibreux dont nous venons de signaler la présence semble jouer un grand rôle dans la production et l'évolution de la lésion. Disposé en demi-cercle dans les parties profondes du derme, et dans le même plan que le sillon, il paraît se rétracter à la manière d'une bride cicatricielle, et cette rétraction, se produisant d'une manière lente, mais constante, comme dans

une cicatrice fibreuse, exerce une action manifeste sur les parties voisines, superficielles et profondes.

Le derme, remplacé en partie par le tissu nouveau, est entraîné vers la profondeur; ses papilles s'effacent et tendent à disparaître; car elles s'étalent pour ainsi dire en cherchant à recouvrir une surface courbe plus étendue que la surface plane du derme normal. Ainsi se trouve expliquée, par la mobilité même de la peau, forcée de suivre dans sa rétraction une bride fibreuse à laquelle elle adhère, la production du sillon si caractéristique de l'ainhum. Quant aux parties profondes, elles se trouvent nécessairement comprimées entre un os résistant et le demi-cercle fibreux qui les entoure, et cette constriction, finissant par agir sur les vaisseaux et les nerfs, interrompt dans l'extrémité malade la circulation, la sensibilité et le mouvement et produit, après un temps plus ou moins long, la dégénérescence graisseuse et la chute de cette extrémité.

6. M. GARCIA-LAVIN montre un *volumineux calcul rénal* formé dans l'un des calices très dilatés.

7. M. SIREDEY présente le *foie* d'un malade *syphilitique*. Il n'y a pas de gommes, mais l'examen microscopique, fait sur des pièces à demi-fraîches, a montré de la cirrhose péri-lobulaire et de nombreux adénomes analogues à ceux décrits par M. Sabourin.

M. CORNIL, à ce propos, rappelle que, d'après les nombreux examens qu'il a faits, la syphilis du foie se traduit par des lésions multiples, notamment par de la cirrhose péri-lobulaire. L'altération, dans ce cas, n'a rien de spécifique et qui permette de la distinguer, à première vue, d'une cirrhose de cause banale.

8. M. BRISSAUD montre, au nom de M. FÉRÉ, un *tubercule des méninges*, de la grosseur d'une amande, qui comprimait la troisième circonvolution frontale gauche. On n'avait pas constaté d'aphasie chez le malade.

Séance du 9 décembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Cancer de l'estomac. — Péritonite subaiguë due à une perforation de la face antérieure de l'estomac; par M. A. JOSIAS, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Gauthier Célestine, âgée de 73 ans, exerçant la profession de ménagère, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, lit n° 19, dans le service de M. le professeur HARDY.

La malade est venue à l'hôpital pour une affection gastrique qui datait de deux ans et qui s'était signalée par des troubles dyspeptiques, des vomissements alimentaires, des hématomèses, des melœna et qui s'accompagnait de douleurs térébrantes au niveau de la région épigastrique. Aujourd'hui, la malade présente un aspect cachectique des plus accentués, sa peau est d'un blanc mat, ses muqueuses sont très décolorées. Amaigrissement notable. Affaiblissement général.

Inappétence. Soif légère. La malade ne peut supporter aucune autre alimentation que le lait. Les douleurs épigastriques, sourdes, profondes, sont supportables. Abdomen souple. Selles régulières. L'examen de la région épigastrique ne dénote aucune tumeur, si ce n'est un léger empâtement sur la limite qui sépare les régions de l'hypochondre droit et de l'épigastre. Néanmoins, pas de délimitation de tumeur.

L'état cachectique de la tumeur s'accentua tous les jours et se compliqua d'un affaiblissement graduel des forces et d'un amaigrissement notable. Quatre jours avant sa mort, la malade se plaint d'une douleur vive au niveau du flanc droit, douleur qui s'irradiait du côté de la cavité abdominale, s'exagérant par la simple pression et s'accompagnant d'un léger état fébrile. Ces douleurs abdominales persistèrent les jours suivants et coïncidèrent avec des vomissements bilieux et une fièvre modérée. A aucun moment, le ventre ne se ballonna. La malade succomba ainsi le 30 novembre, à 2 heures du matin.

En présence des phénomènes aigus qui se produisirent brusquement, dans les derniers jours de la maladie que

nous venons de mentionner, nous étions naturellement amenés à songer à une complication péritonéale. La douleur abdominale généralisée, la fièvre, les vomissements bilieux ne laissent aucun doute sur ce point. Il restait à déterminer le pourquoi de cette péritonite? En d'autres termes, il s'agissait de savoir les conditions dans lesquelles cette péritonite avait pris naissance. Or, si nous tenons compte de ce fait que nous étions en présence d'un cancer de l'estomac, nous devons naturellement penser, soit à une inflammation du péritoine par propagation, soit à une perforation de l'estomac, entraînant ultérieurement, mais rapidement une péritonite.

Ces deux complications certes, sont peu communes, il est vrai. La péritonite par propagation, en effet, est essentiellement lente, affecte une marche chronique, ce qui exclue, dans l'immense majorité des cas, la possibilité d'une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale. La perforation elle-même, au point de vue de la production d'une péritonite aiguë, est non moins exceptionnelle, ce qui se comprend aisément si on tient un grand compte des adhérences antérieures qui s'établissent entre l'estomac et les organes voisins par l'intermédiaire de l'inflammation chronique du péritoine. Lorsqu'une perforation se produit dans les conditions ordinaires, il n'en résulte aucune complication grave, susceptible de se révéler immédiatement par des symptômes menaçants. Quoiqu'il en soit et pour ces diverses raisons, nous avons cru que nous étions en présence d'une complication peu commune, c'est-à-dire d'une péritonite subaiguë, due à une perforation de l'estomac. L'autopsie a confirmé nos prévisions cliniques.

AUTOPSIE. — L'abdomen est ballonné; on ne perçoit pas de sensation de tumeur au palper de la région épigastrique. Dans le petit bassin, on trouve épanchée une petite quantité de liquide séro-purulent et on constate la présence de fausses membranes fibrineuses, qui font adhérer les anses intestinales au feuillet pariétal du péritoine. Ces adhérences sont générales sur les côtés. A gauche, on trouve 30 grammes environ d'un liquide jaunâtre, situé dans une poche que circonscrivent des fausses membranes récentes.

Dans le reste de la cavité péritonéale, on trouve un liquide assez abondant et couleur chocolat. Au niveau de la région pylorique, il existe, entre l'estomac et le feuillet pariétal du péritoine, sur une étendue de trois centimètres et demi environ, des adhérences multiples anciennes. Ces adhérences sont résistantes et elles contrastent avec la

laxité des exsudats fibrineux observés sur toute l'étendue du péritoine viscéral. A l'extrémité de cette ligne d'adhérences anciennes, il existe une ouverture, oblique de haut en bas et de gauche à droite, à bords fongueux, durs au toucher, principalement en haut. Cette ouverture mesure environ un centimètre et demi de long sur un demi centimètre de largeur. Le *grand épiploon* présente, au niveau de la perforation, une coloration rouge lie de vin ; ses vaisseaux sont très dilatés. Le *pancréas* est très adhérent à l'estomac ; mais, à la coupe, on ne rencontre pas de noyaux cancéreux. Dans le petit bassin, les anses intestinales sont couvertes d'exsudat fibrineux purulent.

Estomac. Dès l'ouverture de la cavité abdominale, l'estomac, le foie étant soulevé, apparaît nettement affaissé et d'une coloration blanc mat. En l'incisant sur sa petite courbure, on met à nu toute la cavité stomacale et on constate l'existence d'une poche, située au niveau de la région pylorique, immédiatement en avant du pylore. Cette poche, en forme d'ampoule, mesurant dans son diamètre horizontal cinq centimètres environ et quatre centimètres dans son diamètre vertical, à parois résistantes, se trouve limitée, à ses deux extrémités, par deux rétrécissements répondant, l'un à l'anneau pylorique, l'autre au bord gauche du néoplasme. Les bords qui limitent cette tumeur sont indurés, principalement sur la face antéro-inférieure de la muqueuse gastrique et au niveau de l'extrémité pylorique de la petite courbure. Là, la section laisse écouler un liquide noir, marc de café, peu abondant et met à nu une surface lardacée, criant sous le couteau, pouvant avoir un centimètre de largeur.

La surface qui répond à la muqueuse présente deux choses à considérer : 1° L'examen de la poche elle-même. 2° L'examen de ses bords et de ses limites.

1° *Examen de la poche.* Cette poche, comme nous l'avons dit plus haut, est remplie d'un liquide noir, marc de café, d'odeur fétide. A l'angle inférieur gauche de la face antérieure, il existe un enfoncement qui répond à la perforation de l'estomac, ainsi que le prouve l'introduction facile d'une sonde cannelée. L'anneau pylorique lui-même n'est pas rétréci et le doigt pénètre facilement à travers ses parois dans le duodénum. La surface interne est fongueuse, blanc-jaunâtre, un peu ulcérée ; elle offre au doigt une sensation d'inégalité, de rudesse et d'induration.

Limites de la poche. Sa limite gauche est caractérisée par un véritable soulèvement de la muqueuse gastrique, soulèvement qui est lisse, blanchâtre, et, de plus, offre

au doigt la sensation que laisse le cartilage au palper. Plus en arrière, cette muqueuse ainsi soulevée se continue avec la surface lardacée que nous avons mentionnée plus haut. En avant, ce soulèvement de la muqueuse se confond avec la muqueuse gastrique de la face antérieure, et, là, on constate un épaississement des plus marqués. A l'union de l'anneau pylorique et de l'extrémité droite de la petite courbure, la section a mis à nu deux bords épaissis, mais notablement moins que les précédents.

Dans le voisinage de l'anneau pylorique, il existe quelques noyaux durs, jaunâtres, résistants au toucher. A ce niveau, les tuniques de l'estomac sont très épaissies, criant à la coupe et offrent un aspect lardacé. L'anneau pylorique lui-même est un peu épaissi, et, si on le saisit entre les doigts, on a la sensation d'une masse dure à la partie inférieure; mais, comme on l'a dit plus haut, le doigt s'y introduit facilement.

Reins. La capsule fibreuse des deux reins est épaissie et assez adhérente. Les reins se décortiquent difficilement, mais leur volume est normal. La surface externe présente des arborisations multiples, ainsi que de petits kystes. La coupe du rein met à nu une surface très décolorée: la partie corticale est d'un jaune clair et les pyramides sont extrêmement anémiées,

Rate petite: ne présente rien d'anormal, aucun noyau cancéreux. — *Foie.* Le foie pèse 1050 grammes. Sur la face convexe, on trouve un exsudat fibrineux, semblable à celui qui couvre l'intestin, et, à sa partie inférieure, un certain nombre d'ecchymoses rougeâtres. A la coupe: surface noire à la périphérie et rouge lie de vin au centre. On ne constate plus à l'œil nu les îlots hépatiques. On ne rencontre en aucun point d'hémorrhagies, ni de noyaux secondaires carcinomateux. Le foie, du reste, présente déjà les signes de décomposition cadavérique avancée.

Poumons. Les poumons crépitent bien; un peu d'emphysème à gauche; à la base droite, congestion hypostatique assez intense; le poumon, mis dans l'eau, surnage. Rien de particulier à la coupe; pas d'engorgement, ni d'hypertrophie des ganglions thoraciques.

Cœur. Caillot dans l'artère pulmonaire; athérome généralisé des valvules sigmoïdes de l'aorte; et, dans l'intérieur même de ces valvules, à leur base, on sent des concrétions crétacées. L'aorte est athéromateuse. Caillot en partie décoloré dans l'oreillette gauche. La valvule mitrale est tellement épaissie par l'athérome qu'elle donne, au toucher et au palper, la sensation cartilaginiforme. Imbib-

tion cadavérique de la valvule tricuspide et de l'oreillette gauche.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par mon collègue et ami M. Déjerine, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique infiltré.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à signaler, en raison des symptômes cliniques et des lésions anatomiques peu communes qu'il nous a été donné de relater. Les vomissements bilieux que la malade a présentés dans les derniers jours de sa maladie impliqueraient une complication, car, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Hardy, les vomissements bilieux ne se rencontrent jamais dans le cancer de l'estomac et doivent toujours faire soupçonner quelque chose d'anormal. D'un autre côté, la perforation de l'estomac est rare dans le cancer. Tous les auteurs s'accordent à le reconnaître. Lorsqu'elle se produit, d'après Brinton, elle siégerait de préférence sur la face postérieure de l'estomac. Dans le cas actuel, la perforation siégeait à la paroi antérieure de l'organe, immédiatement au-dessous d'une ligne d'adhérences fibrineuses de date ancienne.

10. Gliome de l'hémisphère cérébelleux droit. — Mort après cinq années de céphalées très-pénibles, souvent accompagnées de vomissements et de troubles statiques; par M. J. COMBY, interne des hôpitaux.

Une femme de 47 ans, giletière, est admise dans le service de M. le Dr SIREDEY, à l'hôpital Lariboisière, le 5 décembre 1881. Rien dans les antécédents héréditaires. Menstruation régulière; grossesse à 18 ans. Pas de maladie antérieure, pas de syphilis. — Cette femme travaille, depuis l'enfance, dans les gilets habillés; il paraît que c'est une tâche difficile, délicate, qui exige beaucoup d'habileté et de précision. Elle faisait des journées de 17 à 18 heures et dormait rarement plus de 6 heures; c'était un véritable surmenage.

Il y a cinq ans environ, elle a commencé à éprouver des douleurs de tête; ces douleurs étaient aiguës, généralisées et s'accompagnaient fréquemment de vomissements; en même temps, la vue perdait sa netteté habituelle et les travaux d'aiguille devenaient très pénibles. Pendant quatre mois, ces accidents se reproduisirent avec une intensité

variable, tous les jours. Puis, survint une période de calme relatif, une véritable rémission qui dura trois ans. Depuis 18 mois, la maladie a repris son cours, les douleurs ont recouvré toute leur intensité, mais les vomissements ont été moins fréquents. — Les troubles de la vue se sont accentués, sans qu'il y ait eu, à aucun moment, le moindre signe de paralysie oculaire (strabisme, diplopie, etc.) ; la vue a baissé, s'est obscurcie, et, aujourd'hui, la malade nous dit avoir constamment des nuages et des brouillards devant les yeux. La marche est devenue difficile et la station impossible; cependant, il n'y a pas eu, à proprement parler, de vertiges, pas de paralysies, pas d'accidents convulsifs. En résumé, céphalées intenses sans localisation précise, vomissements inconstants, obnubilation de la vue, difficulté croissante dans la marche et la station, tels ont été les seuls symptômes constatés jusqu'à présent.

Depuis 15 jours environ, le tableau clinique s'est un peu modifié; les douleurs n'ont laissé ni repos ni trêve à la malade, elles ont été atroces et implacables, enlevant à cette pauvre femme le sommeil, l'appétit et l'usage de la plupart des fonctions. Elle est anéantie; elle ne peut manger et n'ose se livrer à aucun mouvement; le visage est pâle et défait, les membres sont décharnés. Constipation opiniâtre, mictions faciles, urines claires, sans albumine ni glycose. La malade ne peut quitter son lit, et il nous est impossible de la faire lever pour nous renseigner sur l'état de la coordination des mouvements et de l'équilibre.

La sensibilité est partout conservée, et l'état d'affaissement général dans lequel est plongée la malade ne nous empêche pas de constater l'absence de paralysie motrice du côté des membres et des muscles de l'œil. Il n'y a pas de strabisme, mais, à côté des nuages qui lui cachent les objets, la malade voit des cercles noirs. L'examen ophtalmoscopique n'a pu être fait. Aujourd'hui, les douleurs ont un maximum d'intensité du côté droit de la tête et en particulier au niveau de l'oreille. L'examen sommaire des autres appareils ne nous a révélé aucun trouble appréciable. Aucun traitement n'a pu, jusqu'à présent, enrayer la marche des accidents; l'iodure de potassium a échoué; la morphine seule procure un peu de soulagement.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, nous donnons 1 centigr. de morphine en injection sous-cutanée; ce traitement procure quelques heures de sommeil. Le lendemain, nouvelle infection. Le troisième jour, les douleurs sont de plus en plus vives et la malade meurt subitement.

AUTOPSIE, le 8 décembre, 24 heures après la mort. — Ouverture du *crâne*. On aperçoit tout d'abord des granulations de Pacchioni faisant hernie à travers la dure-mère et se logeant dans des dépressions creusées à la surface de la voûte crânienne. La dure-mère incisée, nous remarquons à la surface des circonvolutions un état lisse et aplati qui n'est pas habituel. Cherchant ensuite à enlever l'encéphale, nous remarquons qu'il s'écoule une très grande quantité de liquide céphalo-rachidien. De plus, après avoir incisé la tente du cervelet, nous éprouvons beaucoup de difficulté à extraire l'hémisphère droit de cet organe qui adhère à la dure-mère, et, en exerçant quelques tractions, nous voyons des cavités kystiques se vider d'un liquide séreux abondant. Il existe, en effet, sur la partie postérieure de l'hémisphère droit du cervelet une *tumeur*, ayant à l'état frais le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur est inégale, bosselée et présente en outre à sa surface une grande quantité de kystes séreux à parois très minces, et rappelant tout à fait les kystes du rein. Entre ces kystes, se trouve un tissu jaunâtre, assez résistant, filamenteux, qui semble formé d'éléments conjonctifs. Un fragment de la tumeur a été mis de côté pour l'examen histologique. Mais déjà, à l'œil nu, on peut présumer que le néoplasme appartient à la classe des gliomes avec transformation kystique. La tumeur est parfaitement limitée du côté interne et n'empiète pas sur la protubérance ni sur le bulbe; elle n'intéresse aucun nerf crânien et se confond seulement en avant et en dehors avec le cervelet.

Les ventricules du cerveau sont notablement élargis; il n'existe aucune lésion du côté des hémisphères cérébraux. L'artère basilaire et les branches de l'hexagone de Willis sont béantes, athéromateuses. Près de l'apophyse clinéoïde postérieure droite, existe une petite tumeur piriforme, de consistance charnue, qui prend naissance sur la dure-mère; elle ne paraît pas avoir de connexion avec les nerfs de la base du crâne.

Examen des viscères thoraciques et abdominaux: Le cœur présente une surcharge graisseuse considérable; le ventricule gauche, contracté et vide, est recouvert par une couche adipeuse ayant environ un demi-centimètre d'épaisseur. Valvules saines; plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte. — *Poumons* congestionnés à leur base. — *Foie* de volume normal, très friable. — *Reins* offrant à la coupe, dans la substance corticale, des trainées blanc grisâtre qui semblent dues à la dégénérescence graisseuse. — *Intestin* grêle revenu sur lui-même; entièrement vide

comme chez les inanitiés. — *Estomac* contenant des gaz et des liquides.

RÉFLEXIONS. — Nous n'insisterons pas sur les particularités anatomiques de cette observation; nous relèverons simplement quelques points de clinique qui nous semblent offrir de l'intérêt.

M. Landouzy vient de présenter à la Société une observation qui se rapproche de la nôtre par de frappantes analogies; il est question d'un gliome de l'hémisphère cérébelleux gauche ayant déterminé pendant la vie des vomissements, des troubles de l'équilibre et des céphalées avec prédominance à droite, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion. Dans le cas de M. Landouzy, le diagnostic de tumeur cérébelleuse gauche, posé pendant la vie, a été vérifié anatomiquement. Cette localisation de la douleur du côté opposé à la lésion, à laquelle M. Landouzy n'attache pas, du reste, une valeur absolue, a pourtant servi à établir le diagnostic. — Dans notre cas, la localisation douloureuse affectait le côté lésé; ce qui revient à dire que ce signe n'a pas de valeur au point de vue de la localisation. — Chez notre malade, non seulement nous hésitions à placer la lésion sur l'un ou l'autre hémisphère, mais encore je dois dire que nous avions de la tendance à repousser l'idée d'une tumeur et à rapporter à des troubles circulatoires, à l'anémie cérébrale, par exemple, les accidents observés. Ce diagnostic provisoire, que l'observation prolongée de la malade devait confirmer ou infirmer, était basée sur la diffusion apparente des symptômes, sur leur durée, sur les excès de travail qui les avaient précédés, etc., etc. Nous étions loin de prévoir une terminaison aussi brutale et des lésions aussi profondes.

11. Suture du fémur consolidée. — Fracture du tibia avec soudure d'un fragment complètement détaché par le traumatisme; par M. HACHE, interne des hôpitaux.

Le nommé Badade, Antoine, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 25, service de M. DUPLAY, le 2 août 1880, avec une double fracture portant sur le fémur gauche et sur la jambe droite.

La fracture de jambe met plusieurs mois à se consolider; la fracture du fémur ne présentait encore aucune tendance

à la consolidation le 7 avril 1881, époque à laquelle M. Duplay pratiqua la suture du fémur. L'absence de consolidation était due à l'interposition d'un petit faisceau musculaire.

Le malade fut mis dans un appareil inamovible; il fut pris au bout d'un certain temps d'un érysipèle phlegmoneux qui envahit toute la moitié inférieure du corps et détermina sur les cuisses et les jambes un œdème très considérable, avec suppuration profonde. La résolution ne se fit pas, la suppuration resta très abondante, devint fétide, et le malade succomba avec les symptômes de l'infection putride au mois d'octobre 1880, six mois après la suture du fémur, sans que l'empâtement énorme du membre ait permis de l'explorer avec succès, au point de vue de la consolidation.

AUTOPSIE. — On constate du côté du fémur une consolidation qui aurait été très suffisante pour permettre l'usage du membre : les deux fragments chevauchent légèrement l'un sur l'autre; ils sont entourés et réunis par de grosses stalactites osseuses formées d'un tissu très spongieux et très léger, au centre desquelles est un orifice circulaire, du volume du petit doigt, qui occupe l'espace circonscrit par les fils de fer qui maintenaient les fragments. L'union a probablement été complète à une certaine période, et le cal paraît avoir été le siège d'une ostéïse raréfiante qui s'est, du reste, un peu étendue au fragment supérieur. La conséquence de cette carie centrale aurait été l'élimination du fil, les deux fragments restant solidement unis par les stalactites périphériques.

Du côté du tibia, on trouve les deux fragments taillés en biseau, réunis par leur sommet, avec déplacement suivant l'épaisseur. Un fragment de la diaphyse, de six centimètres de long sur trois de large, complètement détaché au moment de l'accident, s'est soudé au tibia par deux petits ponts osseux qui s'attachent sur un de ses bords. Ce fragment était parfaitement vivant, recouvert de périoste très adhérent et ne paraît avoir été le siège d'aucun travail de régression.

12. Tuberculose des organes génitaux chez la femme (ovaires, trompes, utérus, vagin); par M. le D^r A. MAYOR.

Le 20 septembre 1879, entrant dans le service de M. le D^r SIREDEY, à Lariboisière, une malade atteinte de tuberculose pulmonaire à marche lente. Les lésions avaient

attent le troisième degré; on trouvait aux deux sommets des signes d'excavations d'une certaine étendue. Mais, en outre, cette malade qui, depuis plusieurs mois, n'était plus réglée, se plaignait de souffrir d'un écoulement blanc-verdâtre, ayant augmenté d'intensité d'une façon notable dans le courant du mois précédent. En pratiquant le toucher vaginal, je constatai les signes suivants, que je transcris d'après des notes prises le jour même: Le col de l'utérus est mou, évidemment ulcéré. L'utérus est immobilisé. Les culs-de-sac sont douloureux à la pression et ont perdu leur souplesse, sans qu'on y puisse reconnaître positivement l'existence d'une tumeur péritonitique. Mais, ce qui attire spécialement mon attention, c'est ce fait que l'on sent manifestement sur la paroi gauche du vagin, dans presque toute son étendue, les bords relevés et indurés d'une ulcération serpiginieuse. Dans le cul-de-sac droit, en arrière, on retrouve la même sensation; mais, la perte de substance, assez superficielle, du reste, n'offre point une étendue aussi considérable, tant s'en faut. En appuyant au niveau de ces ulcérations, on détermine de la douleur. La malade nie tout antécédent syphilitique. Elle ne présente, du reste, aucune trace de cette maladie.

L'examen au spéculum, que l'on pratique le lendemain, est rendu difficile par la douleur qu'il provoque. Cependant, on arrive à constater qu'il existe bien effectivement des ulcérations sur les parois vaginales. Leurs bords sont ondulés, relevés, inégaux, rouges; leur fond est grisâtre. Nulle part on ne rencontre de petits points blancs analogues à ceux que l'on voit si fréquemment au niveau des ulcères tuberculeux de la langue. Une des ulcérations, siégeant sur la paroi vaginale gauche, descend du cul-de-sac de ce côté presque jusqu'à la vulve; étroite, allongée verticalement, elle présente l'aspect serpigneux. Une seconde ulcération, moins étendue, occupe la partie supérieure et droite de la paroi postérieure du vagin. Enfin, tout autour de cette dernière, on en rencontre quelques autres moins importantes. La vulve n'offre aucune lésion. Quant au col de l'utérus, il est le siège d'une ulcération assez profonde.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, cette malade fut examinée à plusieurs reprises. On appliqua successivement sur les bords des ulcérations de la teinture d'iode, de l'iodoforme, de l'acide chromique, le tout sans obtenir aucun changement appréciable dans l'aspect des lésions. Mais, bientôt, l'état général devint trop mauvais pour que l'on pût continuer le traitement des accidents des

organes génitaux. L'affection pulmonaire fit de rapides progrès, et la malade succomba le 10 novembre.

AUTOPSIE. — Outre l'existence de cavernes dans les deux sommets, outre l'infiltration des bases et des plèvres par de nombreux petits tubercules, on rencontre les lésions suivantes :

L'utérus est fixé par d'anciennes membranes lamelleuses qui occupent le cul-de-sac recto-utérin. Il est un peu plus volumineux que de coutume. Les deux trompes, mais surtout celle du côté gauche, sont augmentées de volume et de consistance. Les deux ovaires sont le siège de nombreuses granulations tuberculeuses. En ouvrant le vagin, on retrouve les deux grandes ulcérations constatées pendant la vie. Celle qui occupe le côté gauche présente, par place, un bord un peu décollé. Autour de l'autre ulcération, se rencontrent plusieurs petites pertes de substance de moindre importance. Le col de l'utérus est profondément érodé. Sur la lèvre antérieure, se remarque une petite granulation blanche, tuberculeuse, parfaitement caractéristique.

L'examen histologique n'a porté que sur les altérations de la trompe gauche et sur celles du vagin. Dans la trompe, les tuniques sont épaissies par l'existence d'un certain degré de sclérose et par l'infiltration d'éléments embryonnaires disposés par trainées. En outre, les franges sont transformées en plis épais constitués par un tissu embryonnaire, dans lequel on reconnaît de nombreux nodules tuberculeux. Ceux-ci sont, pour la plupart, des nodules composés : leur centre est formé par une masse mal colorée, presque homogène, granuleuse ou vitreuse; puis, vient une zone où, au milieu de cellules distinctes, se reconnaissent les grands corps à noyaux multiples, les cellules géantes; enfin, le tout est enveloppé par la gangue embryonnaire.

Les ulcérations vaginales présentent l'anatomie suivante : Elles sont creusées dans la couche conjonctive sous-épithéliale du vagin et n'atteignent point la zone où l'on rencontre les fibres musculaires lisses. Du reste, la tunique celluleuse paraît ici fort épaissie. En tous cas, elle est infiltrée, principalement au niveau des ulcérations, de nombreux éléments embryonnaires. C'est un tissu de ce genre qui forme le fond de l'ulcère. Mais, en outre, en certains points, dans la zone d'accroissement surtout, on rencontre de petites taches, mal colorées ou colorées en rose

uniforme, vitreuses et homogènes. Ces petites surfaces sont entourées de petites cellules à protoplasma jaune-grisâtre (picro-carmin), au milieu desquelles se voit parfois une cellule géante. Enfin, autour de cette première couronne, il en existe une autre, beaucoup plus importante, constituée par des cellules embryonnaires et qui se confond, à la périphérie, avec les groupes embryonnaires du tissu voisin. Tantôt ces nodules ont été entamés par l'ulcération, et leur partie centrale, vitreuse, contribue à en former le fond ; tantôt ils sont presque intacts, sous-jacents à la perte de substance. J'ajoute que, dans la profondeur, dans les zones relativement saines, les artérioles sont le siège d'une endartérite caractérisée par la prolifération apparente des cellules endothéliales, lesquelles arrivent à oblitérer plus ou moins complètement la lumière du vaisseau.

Ce sont là, il me semble, les caractères anatomiques d'une infiltration tuberculeuse. Quant à l'épithélium, sur toutes les coupes, il présente les mêmes lésions. Dans la couche de Malpighi, les cellules se présentent creusées d'une vacuole qui siège autour du noyau (1). Près de l'ulcération, les couches superficielles disparaissent, et, enfin, les cellules profondes, gonflées et disposées sans ordre, font défaut à leur tour.

RÉFLEXIONS. — En résumé, ce qui était intéressant ici, c'était principalement de déterminer la nature des ulcérations du vagin. Leur anatomie doit, à mon avis, les faire considérer comme parfaitement semblables à l'infiltration rencontrée dans la muqueuse tubaire, c'est-à-dire comme étant de nature tuberculeuse. Ceci démontré, il reste acquis que, dans certains cas au moins, les ulcérations tuberculeuses du vagin peuvent être reconnues par le toucher, grâce à l'existence d'un bord induré dont le mode de production est facile à comprendre pour qui connaît l'anatomie des lésions tuberculeuses en général. Il est vrai de dire que, dans le cas actuel, la perte de substance offrait une étendue extraordinaire (Voir : Vermeil : *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses*. Thèse de Paris, 1880).

(1) J'ai rencontré cet état dans l'épithélium de tous les vagins que j'ai eu l'occasion d'étudier jusqu'à présent. Est-il normal ou caractérise-t-il un certain degré d'inflammation ?

13. M. LANDOUZY communique un cas de *tumeur du cervelet*.

14. M. RECLUS appelle l'attention sur les *contractions des fibres lisses de l'uretère* comme cause de la douleur dans les *coliques néphrétiques*. Il a récemment vu un calcul de petit calibre, d'un volume insuffisant pour obturer l'uretère, et dont le passage a cependant déterminé de vives souffrances.

A ce propos, M. LANDOUZY rappelle que, depuis longtemps, les médecins, notamment M. Charcot dans ses leçons, insistent sur le rôle du spasme musculaire comme élément de la douleur.

15. M. DE LA PERSONNE montre l'estomac d'une femme atteinte d'un cancer, morte à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Balzer et qui, en dépit de la lésion, avait conservé jusqu'à la veille de sa mort l'appétit et des digestions faciles.

16. ELECTIONS.—M. le D^r BAUDRY (de Lille) et M. LEBLOND, déjà membre adjoint, sont nommés membres correspondants de la Société.

Séance du 16 décembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Anévrysme artério-veineux de l'artère et de la veine fémorale superficielles ayant subi les modifications suivantes : Communication de l'artère avec la veine et avec un sac; — Suppression de la communication avec le sac; — Cessation de la phlébartérie; — Gangrène de la poche; — Ouverture; — Mort; par M. J.-M. CAHAFI, interne des hôpitaux.

Le nommé P...., Louis, âgé de 32 ans, employé, entre le 9 septembre 1881 à l'hôpital Beaujon, salle Ambroise Paré, n° 30, service de M. LE FORT suppléé par M. BLUM.

Le malade présente une plaie par arme à feu (revolver

calibre 9^{mm}). L'orifice d'entrée de la balle se trouve à la partie externe du triangle de Scarpa, sur le bord externe du couturier et à la hauteur du pli génito-crural. L'orifice de sortie se trouve à la partie inférieure de la fesse droite. Le projectile a donc traversé toutes les parties molles, en faisant un séton oblique en haut, en arrière et à droite (en dedans). Cette ligne se trouvant sur le trajet des vaisseaux fémoraux, la balle a déterminé une plaie de l'artère crurale. Le coup a été tiré presque horizontalement et à bout portant, le 1^{er} septembre, à dix heures du soir. Hémorrhagie abondante par l'orifice d'entrée ; celle-ci s'étant arrêtée spontanément, le malade est monté chez lui au premier étage, en prenant la précaution de comprimer l'orifice par lequel se faisait l'hémorrhagie. Des médecins appelés à lui donner des soins ont cru devoir examiner le trajet avec un stylet, dans le but de lui extraire le projectile, si les explorations en avaient démontré la présence. Ces explorations ont été suivies d'une nouvelle hémorrhagie.

Au dire du malade, les battements auraient commencé à être perçus dans la partie supérieure de la cuisse dès le lendemain de l'accident. Quoi qu'il en soit, les battements existaient au moment où M. Panas vit le malade pour la première fois, jeudi 8 septembre, et fit le diagnostic : *anévrisme traumatique*.

Au moment de l'arrivée à l'hôpital, nous constatons les phénomènes suivants : La cuisse présente une augmentation manifeste de volume dans son tiers supérieur ; elle offre une coloration ecchymotique s'étendant jusqu'au milieu de la fesse antérieure.

Au niveau du triangle de Scarpa et au-dessous, on sent des battements coïncidant avec ceux des artères. Ces battements sont accompagnés d'un mouvement d'expansion aussi évident que possible. A la partie externe de la tumeur et dans une étendue très limitée, on sent du frémissement cataire très manifeste. A l'auscultation, on constate un bruit de souffle systolique ; ce bruit présente un caractère râpeux, c'est donc un bruit de souffle systolique rude.

La mensuration de la cuisse donne, à 7 cent. au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, une augmentation de 5 à 6 centim. dans la circonférence du membre. L'artère tibiale postérieure conserve ses battements, qui offrent leur force presque physiologique. La compression digitale de la crurale sur la tête fémorale détermine l'arrêt complet des battements, de l'expansion de l'anévrysme et du poulx dans l'artère tibiale postérieure.

Comme phénomènes fonctionnels, le malade accuse des douleurs au niveau de la racine de la cuisse et des élancements occupant toute l'étendue de l'anévrysme traumatique. Point d'irradiations douloureuses ni le long de la cuisse, ni le long des parois abdominales. La température à la main n'est point augmentée au niveau de l'anévrysme ni au-dessous. Pendant les deux jours que le malade a jusqu'ici passés dans le service, aucune modification ne s'est produite dans les symptômes de l'anévrysme.

On décide de traiter l'anévrysme par la compression digitale de la crurale au-dessus de la tumeur. On commence la séance le 11 septembre, à neuf heures du matin, elle ne se termine qu'à une heure de l'après-midi. Cette séance paraît avoir déterminé une diminution dans l'intensité des battements et aussi du frémissement cataire. La compression digitale a été très gênante pour le malade et a été suivie d'une excoriation de la peau au point où portait la pression. On laisse à demeure, au-dessus de la tumeur, un sac contenant de la grenaille de plomb.

12 septembre. On constate un peu d'œdème du membre inférieur; la circulation veineuse superficielle n'est pas augmentée. M. Blum croit à l'existence d'un anévrysme artérioveineux. Il y a un double battement, un double souffle, mais le souffle diastolique est très court, tandis que le bruit systolique est au contraire très rude, très intense et très long. Le frémissement cataire n'est plus perceptible que dans un point très limité, situé à la partie antéro-externe de la tumeur, un peu en dehors du trajet des vaisseaux fémoraux. Le souffle systolique s'étend jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. Le souffle diastolique n'est perceptible qu'au niveau de la tumeur et augmente par la pression du stéthoscope. On continue toujours la compression à l'aide du sac de plomb. Quelques douleurs le long du nerf crural et sensation d'engourdissement dans tout le membre.

13 septembre. Aucun phénomène nouveau n'est venu s'ajouter depuis hier.

14 septembre. On fait appeler M. Tillaux pour examiner la tumeur et avoir son avis sur la thérapeutique à suivre. Son diagnostic est anévrysme artérioveineux. Il conseille, vu l'absence de tout phénomène menaçant, l'abstention de toute intervention active, et l'on fait une compression modérée le long de la cuisse et sur la tumeur à l'aide d'une bande ordinaire et de plusieurs couches d'ouate.

15 septembre. On laisse le bandage en place et on continue toujours la compression à l'aide du sac de plomb. L'in-

somnie éprouvée par le malade est combattue par : bromure de potassium, 2 gr.; chloral, 2 gr.

18 septembre. Les battements se sont presque entièrement arrêtés depuis deux jours; il faut regarder très obliquement pour constater l'expansion; le palper démontre aussi que les battements se sont notablement atténués.

19 septembre. La tumeur est plus chaude que d'habitude; il y a manifestement des phénomènes d'inflammation. La température du soir est élevée, le pouls fréquent.

20 septembre. Un peu d'œdème à la partie interne de la cuisse. T. S. 39°,6. Douleurs assez vives et battements douloureux sur toute la face antéro-interne de la cuisse. Le thrill est devenu beaucoup plus marqué à mesure que les battements de la tumeur ont diminué; il se présente avec une netteté telle que le diagnostic anévrysme artérioveineux n'est pas douteux.

21 septembre. L'état général s'altère un peu sous l'influence des douleurs continuelles déterminées par le phlegmon qui s'est fait autour de la poche anévrysmale. T. S. 39°. Depuis deux jours, on donne 60 centigr. de sulfate de quinine en deux paquets; le soir, injection de morphine.

22 septembre. La douleur augmente toujours, il y a des élancements. La partie antéro-interne de la cuisse fait une saillie arrondie qui se détache nettement sur les parties environnantes et qui est due à de l'œdème inflammatoire. La compression des doigts efface la couleur rouge inflammatoire et laisse une empreinte. Cette exploration est douloureuse et n'est pas poussée trop loin. T. S. 39°. Pouls toujours fréquent, 120 à 130.

23 septembre. Le sac de plomb, qui avait été laissé à demeure, sur l'artère crurale, est retiré ce matin. On l'étale sur le phlegmon étendu de la racine de la cuisse. T. M. 39°; S. 39°.

24 septembre. Le phlegmon a fait de notables progrès, la saillie est très manifeste, et j'ai cru percevoir la fluctuation en prenant deux points d'appui, l'un au-dessus de la tumeur, l'autre en dedans, à la même hauteur transversale.

La plaie de la balle laisse suinter un liquide séro-purulent; il y a de petites phlyctènes au-dessous du point d'application de la lamelle de baudruche destinée à empêcher l'accès de l'air sur la cicatrice.

La tuméfaction occupe les limites suivantes : Elle va du bord interne du couturier jusqu'au point d'insertion des adducteurs, et, comme limite verticale, elle s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de l'aîne jusqu'au milieu

de la cuisse. Le thrill continue toujours à se percevoir à la partie externe de ce phlegmon étendu ; les battements sont notablement diminués dans le sac anévrysmal. L'état général s'est un peu modifié défavorablement sous l'influence de la douleur ; le faciès a sensiblement jauni ; il y a de l'amaigrissement et de l'inappétence. M. Blum, après examen, se décide à opérer par la méthode d'Antillus si l'abcès menace de s'ouvrir spontanément ; c'est dans le but de prévenir une hémorrhagie et d'obtenir la guérison radicale. T. M. 39° ; S. 39°,4.

10 octobre. A partir de dimanche dernier, le thrill a presque entièrement cessé. On ne sent plus que le battement superficiel avec souffle diastolique. L'abcès de la face interne de la cuisse est énorme. Après une consultation entre MM. Le Fort, Tillaux et Blum, l'opération a été décidée et ajournée à ce matin.

Une ponction exploratrice est pratiquée dans le foyer, d'après le conseil de M. Tillaux, avant toute opération. Cette ponction ne donne issue qu'à une petite quantité de sang. La fluctuation et l'œdème inflammatoire superficiel sont très accusés. Depuis quelques jours, l'état général est meilleur, la température s'abaisse : T. M. 37° ; S. 38°,2. Le malade mange bien ; il a cependant beaucoup maigri. Coloration subictérique du visage. Il est vrai que cette coloration subictérique s'est atténuée. Chloroformisation du malade. On le met dans une gouttière de Bonnet après avoir redressé son membre, qui occupait la position qui caractérise la luxation ovale de la hanche.

13 octobre. On remarque aujourd'hui un peu d'œdème du membre inférieur droit. Cet œdème est un peu douloureux. On détermine aussi de la douleur en comprimant sur la terminaison de la saphène externe et au niveau de la crurale ; mais on ne sent pas de cordon veineux ; d'ailleurs, l'œdème est lui-même modéré. T. M. 38°,2 ; S. 39°,2.

14 octobre. L'œdème n'a pas augmenté sur le membre inférieur droit. Rien de changé du côté de l'anévrysme, qui présente tous les caractères d'un anévrysme artériel circonscrit et petit. Les battements sont très superficiels, le souffle est manifestement intermittent. T. M. 38°,9.

17 octobre. Les battements ne se font sentir qu'au niveau de l'artère ; il n'y a plus d'expansion. T. M. 39° ; S. 39°,4.

20 octobre. On visite la gouttière de Bonnet. Le bord de la gouttière a déterminé au niveau du point de pression, sur la face postérieure de la cuisse gauche, une escharre comprenant toute l'épaisseur de la peau. De là, la fièvre et

les signes de septicémie qu'on constatait depuis quelques jours. T. M. 39°,3; S. 38°,7.

24 octobre. Le dépôt sanguin de la face externe de la cuisse est très fluctuant; on croit qu'il est en partie suppuré, et MM. Tillaux et Blum décident de faire une incision pour laisser écouler les liquides altérés contenus dans cette collection.

Après avoir pris toutes les précautions nécessaires contre une hémorrhagie possible, on fait une incision longitudinale longue de 6 cent. qui laisse écouler une quantité considérable de sang noir répandant une odeur très fétide. Le liquide écoulé peut être évalué à plus de 500 gr. On retire avec les doigts quelques caillots noirs et mous, très altérés, et, après un lavage avec de l'eau phéniquée au 20°, on remplit la cavité avec deux éponges trempées dans une solution phéniquée au 20°. Pour prévenir toute hémorrhagie, on passe une bande d'Esmarch sous la racine de la cuisse, en donnant à l'infirmier l'ordre de serrer et de faire appeler l'interne de garde en cas d'hémorrhagie. Le soir, le malade est bien; T. 37°,7.

25 octobre. Pansement matin et soir. T. M. 37°,8.

26 octobre. Pansement matin et soir; la température se maintient normale, quoique le malade présente le faciès de la septicémie la plus grave et qu'il soit tourmenté par un météorisme énorme, des vomissements et des hoquets très tenaces. T. M. 37°,4; S. 38°. Les urines du malade sont noires.

27 octobre. L'état général paraît un peu amélioré. Les vomissements sont plus rares, le hoquet a cessé.

30 octobre. Le malade succombe, sans avoir présenté rien de nouveau.

AUTOPSIE. — Elle n'a pu être faite; cependant, nous avons enlevé la pièce pathologique que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique.

Nous trouvons d'abord un vaste foyer long de vingt-deux centimètres, large de dix centimètres. Ce foyer, qui a été la cavité anévrysmale accidentelle, ne contient que des débris de caillots altérés et des lambeaux de faisceaux musculaires sphacelés. Cette énorme cavité communiquait largement avec l'extérieur, comme cela a été dit dans l'observation. Les vaisseaux fémoraux se trouvent occuper la paroi antérieure de cette vaste poche. Toute communication vasculaire a été supprimée, quoiqu'il n'y ait aucune trace d'hémorrhagie récente.

Le paquet vasculaire a été enlevé avec la paroi anté-

rière de la poche et soumis à une dissection minutieuse.

Voici maintenant la description de l'anévrysme artérioveineux proprement dit. Au niveau de la communication artérioveineuse, les vaisseaux sont entourés par une exsudation de lymphé plastique et par des produits inflammatoires donnant aux tissus une consistance fibreuse. L'artère fémorale superficielle a été traversée de part en part par le projectile, à trente-cinq centimètres au-dessous de la bifurcation de l'artère fémorale. L'orifice d'entrée est très volumineux, il a plus de six millimètres dans son grand diamètre et six dans son diamètre transversal; l'un de ses bords est mince, l'autre est recouvert de caillots stratifiés formant valvule et oblitérant presque entièrement l'orifice lorsqu'on le rapproche de l'axe du vaisseau. Des tissus indurés complètent la fermeture du vaisseau en le consolidant. L'orifice de sortie, beaucoup plus petit, arrondi, correspond directement à l'orifice de la veine. L'adhérence des deux vaisseaux autour de l'orifice de communication empêchait la sortie du sang. Il est difficile d'affirmer lequel des deux orifices a été en communication avec le foyer et lui a transmis les battements artériels; mais, il semble probable que ce soit celui opposé à la communication artérioveineuse.

L'artère fémorale ne présente aucune modification dans son trajet, ni au-dessus ni au-dessous de l'anévrysme. La veine, au contraire, est sensiblement dilatée au-dessus de la communication avec l'artère. A deux centimètres au-dessous de celle-ci, on constate une ulcération de toutes les tuniques de la veine conduisant sur un caillot fibrineux ancien.

La communication artérioveineuse ayant existé dans les premiers temps de l'anévrysme s'était vraisemblablement interrompue, car on observe des caillots anciens au niveau de l'orifice de communication, dans l'intérieur de la veine fémorale.

Finalement, la veine fémorale superficielle était altérée à huit centimètres au-dessous de la phlébartérie. Le processus gangréneux, qui s'était emparé des parois du foyer, s'était propagé à la partie inférieure de la veine, séparée seulement du foyer par une mince couche de tissu musculaire.

RÉFLEXIONS. — Cette pièce anatomique nous paraît expliquer suffisamment les différentes modifications survenues du côté de l'anévrysme et cliniquement constatées.

D'abord, la communication de la poche avec l'artère et la cessation de cette communication, puis la phlébartérie profonde, cessant elle aussi à son tour, et finalement l'ouverture d'un énorme foyer ayant été primitivement un anévrysme, sans que la moindre hémorrhagie s'en soit suivie. Nous attribuons la mort du malade autant à la septicémie qu'à l'épuisement déterminé par les souffrances physiques et morales.

18. M. BAR présente la *main* d'un enfant nouveau-né, *amputé congénitalement* de l'*index* et du *médius*. M. Bar pense que, dans les cas de cet ordre, l'amputation se produit en vertu d'un processus analogue à celui de l'ainhum.

19. M. LIANDIER montre les *main*s d'un malade atteint depuis plusieurs années de *rétraction de l'aponévrose palmaire* consécutive à des cicatrices de brûlures.

20. ELECTIONS. — M. GUITER est nommé membre correspondant de la Société.

Séance du 23 décembre 1881.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. *Abcès multiples du foie. — Fistule cholico-duodénale. — Perforation. — Péritonite généralisée. — Mort. — Autopsie;* par M. Ed. JUHEL-RÉNOY, interne lauréat des hôpitaux.

La nommée Vidal, Catherine, âgée de vingt-cinq ans, entre le 26 novembre 1881, salle Sainte-Joséphine, service de M. le D^r FERNET.

Cette malade, qui ne présente aucun antécédent pathologique, est souffrante depuis le mois d'avril dernier. A cette époque, elle ressentit une douleur sourde au niveau de l'hypochondre droit, douleur qui s'exagérait notablement lors des grandes inspirations. L'appétit devint languissant et la malade nota dès cette époque un dégoût considérable

pour la viande et les aliments gras. Concomitamment à ces symptômes, se développa une fièvre qui revêtit les caractères d'une intermittente quotidienne, avec grand accès le deuxième jour. Les accès présentaient les trois stades de frisson, chaleur, sueur, ce dernier symptôme ne durait pas moins de quatre à cinq heures.

Cet état persista environ cinq à six semaines, puis cessa sans cause connue. La fièvre se reproduisit au bout d'un mois, revêtant le caractère quotidien au début, puis fort irrégulière ensuite. Dès cette époque, la malade notait un amaigrissement considérable, une anorexie complète et de l'insomnie accompagnée de fièvre.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, sans douleur, sans aggravation de l'état général, elle fut prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui se répétèrent cinq ou six fois par jour, en même temps la diarrhée se montra plus fréquente la nuit. Épuisée, sans appétit, sans sommeil, vomissant tous les aliments, affaiblie par la diarrhée, elle se décide à entrer à l'hôpital, où nous constatons les phénomènes suivants :

Etat actuel. Le faciès présente une teinte jaunâtre, comme subictérique, mais cette teinte ne se retrouve pas sur la conjonctive, l'amaigrissement est extrême. L'auscultation des poumons fait constater une intégrité parfaite de l'appareil pulmonaire. La systole cardiaque est soufflante à tous les orifices.

L'abdomen est souple, non ballonné, sans résistance, indolore. — La *région hépatique* est volumineuse, le foie fort gros descend jusque auprès de l'ombilic, débordant de cinq travers de doigt le rebord costal. — La région épigastrique droite est surtout bombée, et on sent à ce niveau une sorte de bosselure appartenant au foie. — La rate est normale.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. On pense à une péritonite tuberculeuse (?), sans s'expliquer d'ailleurs l'augmentation considérable du volume du foie. — *Traitement*: Régime lacté, eau de seltz.

La température, qui fut prise avec soin durant les premiers jours, oscilla entre 37° et 37°,6. Sous l'influence du repos et du régime lacté, l'état général s'améliora un peu et les vomissements devinrent plus rares.

14 décembre. La malade vient d'avoir, à trois reprises différentes, des vomissements mêlés de bile, présentant une odeur spéciale gangréneuse d'après M. le Dr Fernet, fécaloïde suivant d'autres, et qui attirent l'attention sur le foie d'une manière exclusive et définitive. La région hépati-

que est le siège d'une bosselure faisant corps avec le foie; en cette région exclusivement, on constate une assez vive douleur. — En considérant, d'une part, les vomissements spéciaux de la malade, sa diarrhée, sa fièvre, M. Fernet conclut à l'existence probable d'un abcès du foie ouvert, soit dans le duodénum soit dans l'estomac.

18 décembre. La tumeur épigastrique s'est affaïssée d'une façon notable. La malade n'a pas eu de vomissements, mais elle se plaint d'un point de côté gauche. A l'auscultation, on entend à plusieurs reprises quelques bruits morbides fugaces, qui paraissent tenir à du frottement pleural.

19 décembre. Même état local. La sensation globuleuse que l'on percevait à la palpation de la région épigastrique n'existe plus; la limite inférieure du foie s'est relevée de deux travers de doigt. La malade a des renvois gazeux d'une saveur horrible, dit-elle.

Le point de côté gauche est aussi vif, et cependant l'auscultation en ce point ne donne aucun signe particulier. La malade paraissait cependant mieux, quand, dans la journée, elle est prise brusquement de coliques accompagnées de douleurs abdominales atroces et qui vont se généralisant bientôt. Dans la soirée, à cinq reprises différentes, vomissements. — Piqure de morphine.

20 décembre. Traits altérés, face grippée, abdomen un peu résistant, douloureux à la pression; il n'y a eu qu'un seul vomissement depuis hier au soir. T. 36°, 9, P. 120°. — *Traitement* : Injection sous-cutanée d'éther et de morphine; vin de champagne frappé.

21 décembre. Faciès péritonéal, yeux excavés, pupilles un peu contractées. Les extrémités sont froides, cyanosées, pouls régulier, filiforme. Le ventre n'a pas sensiblement augmenté de volume, mais il est généralement douloureux. Paresse du diaphragme. Les vomissements persistent, ils sont maintenant purement alimentaires. — La malade accuse une dyspnée intense, quoique l'appareil pulmonaire ne soit le siège d'aucun bruit morbide.

22 décembre. Etat général des plus graves. La malade est agonisante; le ventre est légèrement ballonné. — Mort à trois heures de l'après-midi.

AUTOPSIE, le 24 décembre. — A l'ouverture de l'abdomen, péritonite généralisée. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles, de plus, il existe une très notable quantité de pus, qui vient d'ailleurs du foie. Cet organe étant laissé dans sa situation, on fait sourdre en pressant légère-

ment sur lui une quantité considérable de pus rougeâtre, d'aspect hématique, par la face postéro-inférieure du foie. En incisant, on arrive sur une vaste poche, ne mesurant guère moins du volume des deux poings et contenant du pus, mêlé de grumeaux brunâtres qui s'écrasent facilement sous le doigt et sont formés par des parcelles de tissu hépatique arrivé au dernier degré de la désintégration. Il n'est pas possible d'isoler sur les parois de l'abcès aucune membrane. L'examen du liquide de la poche fait constater l'absence de tout crochet provenant de vésicules hydatiques rompues ou suppurées. En engageant un stylet dans la poche, on voit qu'il existe à la partie postéro-inférieure de l'organe une large perforation ayant donné lieu à la péritonite. D'autre part, il existe un trajet, entre la cavité de l'abcès et le canal cholédoque, lequel verse les produits de suppuration dans le duodénum, qui contient une notable quantité de pus.

Enfin, entre le foie et la rate, attenant au foie, mais en étant fort nettement séparé par une sorte d'enfoncement, existe une collection purulente de la grosseur d'une petite orange, d'aspect verdâtre, gangréneuse; il a été impossible de spécifier aux dépens de quel organe s'était développé cet abcès, et nulle part on n'a pu trouver trace de communication entre lui et la grande cavité purulente décrite plus haut. — La vésicule biliaire est libre de calculs et des coupes nombreuses n'ont même pas permis de constater la présence de sable biliaire.

Les autres organes sont sains, à l'exception de la plèvre gauche qui est le siège d'une légère pleurésie qui explique le point de côté accusé par la malade.

RÉFLEXIONS. — L'observation rapportée plus haut nous semble d'un réel intérêt, étant donné la rareté de l'hépatite suppurée sous notre climat. Les causes habituellement invoquées en pareille occasion ne peuvent ici être mises en cause. La malade n'a jamais habité les pays chauds, n'a pas eu de dysentérie. A quoi rapporter cet abcès. Probablement à une lithiasé biliaire inconnue, ayant produit une angéiocholite suppurée; mais on voit combien est problématique cette hypothèse, puisque ni les antécédents, ni l'enquête anatomique n'ont permis de donner un corps à cette opinion. Enfin, pour ajouter à l'obscurité du fait, reste cette collection verdâtre, décrite plus haut; ici, non seulement la pathogénie nous échappe, mais le siège même.

Nous avons soumis la pièce à un grand nombre de médecins, aucun n'a pu se rendre un compte exact du fait. Étions-nous en présence de poches hydatiques multiples? Non : l'examen histologique a prouvé le contraire. Quant à la fistule cholédo-duodénale, elle a été d'un puissant secours, car l'examen des garde-robes et surtout des vomissements a mis pour ainsi dire le corps du délit sous les yeux.

22. Rétrécissement de l'urètre. — Calculs enclavés et enchatonnés. — Mort par embolie pulmonaire ; par M. GEFRIER, interne des hôpitaux.

Guillon, Jules, 54 ans, a eu une blennorrhagie en 1851. Après sa guérison, il remarqua que son jet d'urine se tortillait en vrille. Il survint à une époque ultérieure, qu'il ne peut préciser, une rétention d'urine ; on le sonda une seule fois et la rétention ne se reproduisit pas, mais, depuis ce temps, la miction ne cessa pas d'être difficile.

En 1871, deuxième accès de rétention. Il va consulter à l'Hôtel-Dieu, on le sonda, et il continua depuis cette époque à se sonder une fois par jour, le soir. En janvier 1881, troisième rétention ; un médecin de la ville ne réussit pas à le sonder. Il raconta, qu'à cette époque, il rendit par la verge des membranes qui s'accumulaient dans le fond de son vase de nuit, en formant comme un gâteau. C'est pour la difficulté de sa miction qu'il vient consulter à Necker, il affirme que, le matin même, il a pu se sonder avec une sonde qu'il montre et qui présente le diamètre du n° 14 de la filière Charrière. Le toucher rectal montre que la prostate présente un volume considérable. On essaie de le sonder avec une sonde béquille n° 14, puis, avec celle qui, d'après lui, aurait passé le matin. On emploie les mandrins coudés et à grande courbure, puis les explorateurs à boule de pas en plus petits, enfin les bougies les plus fines, droites ou tortillées. Tous les instruments s'arrêtent au niveau de la région bulbaire, aucun ne s'engage plus avant. — Grand bain.

6 novembre. Une bougie fine collodionnée s'engage dans le rétrécissement, où elle est très serrée, elle est fixée en place ; pendant la journée, l'urine coule petit à petit le long de la bougie, et la vessie se vide plus complètement que la veille.

7 novembre. La bougie fixée la veille ne peut pénétrer

plus avant, elle se replie, on la retire, une autre bougie un peu plus rigide ne peut être engagée dans l'orifice antérieur du rétrécissement.

8 novembre. La vessie se distend ; le malade urine de temps en temps quelques gouttes au prix de grands efforts. Bain, cataplasmes.

9 novembre. Même état ; nouvelles tentatives de cathétérisme avec des bougies fines. Résultat nul.

10 novembre. La vessie dilatée remonte jusqu'à l'ombilic, le malade souffre beaucoup à l'hypogastre et vers les reins. M. Guyon pratique la ponction capillaire de la vessie avec un trocart d'environ un millimètre de diamètre et l'aspirateur Potain. La ponction est faite sur la ligne médiane, deux centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. Après l'évacuation de la vessie, on essaie en vain de passer une bougie filiforme. Le soir, la vessie est de nouveau distendue. Deuxième ponction à minuit.

11 novembre. Ponction à 10 h. du matin (3^e) et à 10 h. du soir (4^e). Une bougie semble s'engager ; elle est fixée à demeure.

12 novembre. La bougie est laissée en place ; 5^e, 6^e et 7^e ponctions dans les 24 heures. Scrotum un peu rouge.

13 novembre. Un peu d'urine a coulé le long de la bougie. 8^e, 9^e et 10^e ponctions.

14 novembre. Onzième ponction. Le scrotum est rouge et tuméfié, ainsi que la verge, qui a l'aspect œdématié. Il y a au périnée une tumeur un peu profonde, qui est de nature urinaire. Incision périnéale sur la ligne médiane. Scarifications sur le scrotum et la verge. Il s'écoule de suite une grande quantité de liquide urinaire. Dans la journée, l'urine s'écoule par la plaie périnéale, il en sort même quelque peu par le méat.

15 novembre. La vessie n'est pas absolument vide, mais elle ne contient qu'une faible quantité d'urine. Les jours suivants, la vessie se vide complètement, l'urine coule de plus en plus par la verge et de moins en moins par la fistule. Dans les derniers jours du mois de novembre, les incisions faites sur le pénis et le scrotum sont entièrement cicatrisées. La plaie périnéale est bien rétrécie. L'état général s'améliore de jour en jour ; l'appétit est bon. Plus de gonflement du scrotum, pas d'œdème des membres inférieurs.

29 novembre. Il se plaint d'uriner moins facilement, et en effet la vessie se vide incomplètement. Néanmoins, on ne fait aucune tentative de cathétérisme.

30 novembre. La vessie se vide plus incomplètement encore que la veille, il est obligé à de grands efforts pour uri-

ner; avant que de tenter le cathétérisme, qui n'avait plus été essayé depuis 15 jours, on ordonne un grand bain.

1^{er} décembre. Le malade est porté au bain. Dans le bain, il est pris de malaise avec sensation de faiblesse et de dyspnée, cependant, ce malaise se dissipe peu à peu et il reste au bain près d'une heure. On le remonte dans la salle, et, à peine couché, il est repris d'une dyspnée intense, ses lèvres bleuissent, sa face devient livide, son pouls s'affaiblit rapidement, ses extrémités se refroidissent, et, en moins d'un quart d'heure, il succombe. On porte le diagnostic d'embolie pulmonaire.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — *Poumons.* Côté gauche. Un gros caillot fibrineux bouche complètement la lumière de la branche gauche de l'artère pulmonaire. Ce caillot est dense, solide, de couleur grisâtre, teinté de lie de vin. Il est reployé en son milieu, et c'est sa partie moyenne qui s'engage en avant et s'est arrêtée contre l'éperon formé par la première bifurcation intra-pulmonaire du vaisseau; les deux extrémités du caillot se prolongent jusque vers la bifurcation du tronc même de l'artère pulmonaire; ces extrémités sont terminées nettement; le caillot n'adhère nullement aux parois du vaisseau; déplié, il mesure près de sept centimètres. — *Côté droit.* Dans la branche de l'artère pulmonaire qui se rend au lobe inférieur, se trouve un caillot semblable au précédent, mais beaucoup plus petit; il a environ 3 centimètres de long sur 1 de large, il est terminé carrément des deux bouts. Aucune altération notable du tissu pulmonaire.

Cœur. Aucune lésion appréciable du muscle cardiaque, ni des valvules. Dans l'oreillette droite est un caillot un peu plus étroit que les précédents, de même consistance et de même couleur; l'extrémité qu'on trouve dans l'oreillette se termine par une section nette; l'autre extrémité, effilée, se trouve encore dans la veine cave inférieure,

La veine cave inférieure est fendue dans toute son étendue, on n'y trouve aucune altération. On ouvre de même les veines iliaques primitives, puis les iliaques internes et externes, et voici ce qu'on trouve du côté gauche: La veine iliaque primitive est vide, de même la veine iliaque interne, mais, dans la veine iliaque externe, on trouve un caillot en tout semblable à ceux qui ont été trouvés dans le cœur et dans les poumons. Seulement, il adhère un peu à la face interne du vaisseau. Son extrémité inférieure se prolonge en s'effilant jusqu'au niveau de l'arcade crurale, son extré-

mité supérieure est limitée par une cassure nette, juste au niveau du confluent de la veine iliaque interne.

Les veines du petit bassin n'ont pu être examinées, car elles avaient été coupées pour enlever les organes génito-urinaires. Il est presumable que les veines formant les plexus prostatique ou périurétral ont été le siège de phlébite ; que le caillot consécutif a gagné la veine iliaque interne et la veine iliaque primitive, envahissant sur une certaine longueur la veine iliaque externe. Sous l'influence des mouvements occasionnés par le transport au bain, le caillot qui obstruait les veines iliaques primitive et interne s'est détaché, fragmenté, et a été entraîné vers le cœur droit, tandis que le caillot de la veine iliaque externe restait en place.

Appareil urinaire. Reins. Aucune lésion remarquable à l'œil nu.—*Vessie.* Il ne reste aucune trace des nombreuses ponctions, ni sur la paroi de la vessie, ni dans le tissu cellulaire prévesical. La vessie est grande, elle présente de nombreuses cellules dues à une hernie de la muqueuse à travers les faisceaux de la couche musculuse.

Au niveau du trigone, en dedans de chaque orifice urétral et disposés presque symétriquement, on trouve deux *calculs enchatonnés* dans les cellules de la muqueuse. Ils sont gros comme de petites noisettes ; celui de droite est irrégulier et présente une disposition ramifiée, il fait une forte saillie par l'orifice de la cellule ; celui de gauche est arrondi, et on ne peut le voir qu'en écartant la muqueuse qui revêt l'orifice de la cellule. La *prostate* est très volumineuse ; sur le côté de son lobe gauche est une petite cavité remplie de liquide purulent contenant beaucoup de grains de sable ; on ne trouve pas de communication appréciable entre cette cavité et l'urètre. L'*urètre* présente un rétrécissement de toute la région hulaire, sur une étendue de deux centimètres. L'orifice antérieur du rétrécissement est très étroit ; en l'incisant, on découvre un calcul du volume d'un petit pois, un peu allongé, qui est enclavé dans le rétrécissement, immédiatement au-dessus du point le plus étroit. Un second calcul, gros comme un noyau de cerise, forme bouchon au-dessus de l'orifice postérieur du rétrécissement. En déplaçant ce calcul, on découvre une petite déchirure, c'est l'orifice très étroit par lequel s'est faite l'infiltration. A la région membraneuse existe un petit repli valvulaire de la muqueuse, dont la concavité est dirigée vers la vessie. (La pièce a été déposée au musée Civiale, à l'hôpital Necker, sous le n° 115).

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue : 1° Une phlébite de la veine iliaque primitive, n'ayant occasionné aucun œdème du membre inférieur, a pu, par suite de la migration du caillot, causer une embolie pulmonaire qui a amené rapidement la mort. 2° Nous voyons dans la vessie de ce malade deux exemples de calculs enchatonnés de la vessie. 3° Enfin, des calculs engagés dans l'urèthre, en arrière du rétrécissement, ont pu rendre la rétention complète et le cathétérisme impossible. Notons d'ailleurs que jamais les bougies n'ont donné la sensation de frottement, caractéristique en pareil cas, ce qui tient à ce que l'étranglement du rétrécissement arrêtait la bougie avant qu'elle eût pu entrer en contact avec le calcul enclavé plus haut, ou bien, à ce que le contact, n'ayant lieu que par l'extrémité libre de la bougie filiforme, ne pouvait donner lieu à la sensation de frottement rugueux, si nette quand l'instrument peut s'insinuer entre le calcul et la paroi uréthrale.

23. Un cas d'ectopie du testicule au périnée ; par M. le Dr S. BAUDRY (de Lille), membre correspondant de la Société anatomique.

Le 15 octobre dernier, un marinier, de passage à Lille, le nommé Victor Q..., m'amenait un enfant nouveau-né atteint de catarrhe simple de la conjonctive. Il me pria d'examiner en même temps une hernie que portait, disait-il, son enfant, et pour laquelle la sage-femme lui avait conseillé et montré l'application d'un bandage spécial, sorte de spica de l'aîne.

L'absence de la moitié droite du scrotum et du testicule correspondant frappa immédiatement mon attention, et j'acquis vite la conviction qu'il ne s'agissait nullement d'une hernie, mais bien d'un cas, assez rare du reste, d'ectopie testiculaire puerpérale.

Voici le résultat de mon examen : M. Q..., vigoureusement bâti, est fils unique ; ses parties génitales sont normalement conformées. L'enfant mesure 54 centimètres de longueur et me paraît d'une force moyenne. Le pénis, d'une longueur ordinaire, ne présente aucune anomalie. Le scrotum, réduit à sa moitié gauche, présente un raphé déjeté à droite ; à partir de ce raphé, la peau se continue à droite, sans plis et sans ligne de démarcation, avec la peau des parties voisines. Je verse à plusieurs reprises quelques

gouttes d'eau froide sur la région génitale, et j'observe très nettement la rétraction et le froncement du scrotum à gauche, tandis qu'aucun mouvement ne se produit à droite. Le testicule gauche, l'épidydimé et le cordon occupent leur situation normale et sont bien conformés. Le raphé anoscrotal qui s'étend de l'anüs à la terminaison au fond du scrotum mesure 4 centimètres. A deux centimètres en avant de l'anüs et à la même distance en dehors de ce raphé anoscrotal, on voit une petite tumeur recouverte par la peau, dont la configuration extérieure est la même que celle du reste du corps. A la palpation, on sent très manifestement une sorte de boule ovalaire dont la surface est très régulière, dont la consistance est élastique et dont la pression un peu accentuée détermine une certaine agitation et les cris de l'enfant. C'est le testicule droit. Son volume est légèrement inférieur à celui du côté opposé. A sa partie supérieure, on sent très nettement le canal déférent, relativement volumineux chez le nouveau-né, et on le suit sous la peau jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Aucune saillie anormale n'apparaît à ce niveau pendant que l'enfant pousse des cris. J'essaie de remonter le testicule, mais il ne présente aucune mobilité.

RÉFLEXIONS.— J'ajouterai quelques mots à cette observation, intéressante à cause de la rareté de l'anomalie. Il n'a guère été publié, en effet, qu'une dizaine de cas semblables observés par Vidal, Sedwich, Godard, Hunter, Zeiss, Curling et Ricord. L'influence de l'hérédité, manifeste dans un certain nombre de cas d'anomalies de situation du testicule, fait ici absolument défaut. La descente trop complète du testicule est-elle le résultat d'une anomalie par défaut d'une moitié du scrotum, ou bien est-elle due à l'insertion trop en arrière et en bas du faisceau moyen, du gubernaculum testis ? Ici comme dans les autres variétés d'ectopies, la glande s'atrophiera-t-elle complètement et sera-t-elle morte physiologiquement ? Autant de questions que je n'entreprendrai pas de discuter. Au surplus, les lésions inflammatoires et les complications variées des ectopies, telles que hernies, hydrocèles, tumeurs, etc. ; les difficultés de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu, ont été parfaitement étudiées dans l'excellente thèse d'agrégation de M. Le Dentu. L'année dernière, un travail remarquable de MM. Ch. Monod et Terrillon, publié dans les *Archives de médecine* (février et mars 1880), a attiré à juste titre l'atten-

tion des praticiens sur les deux points suivants : 1^o Dans l'ectopie inguinale, le testicule est fréquemment le siège de dégénérescences cancéreuses, et la castration faite à temps, c'est-à-dire de très bonne heure, permettra d'éviter des récidives et la généralisation du cancer ; 2^o La castration inguinale est une opération facile et le plus souvent exempte de danger.

Ces conclusions, tirées de l'analyse de plus de quarante cas de castration de testicules inguinaux, me paraissent en grande partie applicables à l'anomalie que je viens d'observer. Ici, en effet, le testicule n'est-il pas, comme dans l'ectopie inguinale et surtout *dans la position assise*, exposé à des traumatismes et à ces froissements qui sont le point de départ de dégénérescences si fréquentes, que l'ectopie a pu être considérée comme une cause prédisposante au cancer du testicule ? Ce sont surtout les *exercices d'équitation* que doivent s'interdire avec la plus stricte sévérité les individus porteurs de cette anomalie. J'ajouterai que, dans le cas que je viens de rapporter, la glande ne jouissant d'aucune mobilité ne pourra fuir les chocs, ni échapper à la moindre compression.

La castration périnéale, en raison de la situation si superficielle de la glande, est une opération plus facile encore que la castration inguinale ; de plus, les dangers que redoutent tant certains chirurgiens, à cause des rapports intimes du testicule inguinal avec le péritoine, n'ont plus ici leur raison d'être.

Si le testicule ectopié ne doit probablement jamais sécréter de spermatozoïdes, si, d'un autre côté, il est exposé, à la suite d'irritations de diverses sortes, à devenir le siège et le point de départ d'altérations organiques mortelles, devra-t-on, en raison de l'innocuité de l'opération, pratiquer dans ces cas la castration préventive, telle que l'a conseillée M. Aubert (de Lyon) ? Je laisse à d'autres, plus compétents que moi, le soin de répondre à cette question.

24. Tumeur carcinomateuse du corps thyroïde avec noyaux secondaires du cerveau et du poumon ; par M. le D^r A. MAYOR.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société est d'un intérêt purement anatomique. Le côté cli-

nique y fait presque entièrement défaut. Les seuls renseignements certains que j'aie pu recueillir sur la malade sont les suivants : Dans le courant de 1880, entra dans le service de M. le Dr Siredey, à Lariboisière, une femme d'une cinquantaine d'années, qui présentait des phénomènes nerveux que l'on attribua à l'existence probable d'une tumeur cérébrale, et, comme la malade semblait avoir eu autrefois quelques accidents que l'on pensait pouvoir rapporter à la syphilis, on institua le traitement spécifique, qui resta du reste sans résultat. D'autre part, la malade possédait une tumeur thyroïdienne de la grosseur du poing, dure, bien limitée, mobile, qui remontait à plusieurs années, disait-elle. Les renseignements qu'elle pouvait donner étaient du reste sans grande importance et sans exactitude sur son état cérébral. En 1881, cette malade mourut après une sorte d'attaque apoplectiforme.

A L'AUTOPSIE, les trois organes qui parurent présenter quelque altération furent le cerveau, le poumon et le corps thyroïde. Ce dernier constituait une tumeur du volume du poing, nettement limitée, facilement énucléable, n'ayant nullement entraîné la dégénérescence des ganglions voisins et qui, ouverte, se montrait constituée en majeure partie par des noyaux caséeux volumineux, confluents ou séparés seulement par des travées fibreuses.

Dans le poumon, au milieu d'un tissu congestionné et oedémateux, se montraient des nodules variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noix et formés d'une substance friable, d'un blanc jaunâtre ou rosé. Ils n'étaient entourés du reste d'aucune zone conjonctive limitante. Enfin, dans le lobe sphénoïdal droit, au voisinage de la selle turcique, se voyait une tumeur parsemée de foyers hémorrhagiques, lesquels l'altéraient à tel point qu'il était impossible d'en déterminer le volume exact, car ces foyers avaient pénétré de là dans le tissu cérébral ; l'un d'eux s'était ouvert dans le ventricule latéral correspondant et avait formé une hémorrhagie ventriculaire qui expliquait facilement la mort.

L'examen histologique de ces tumeurs a été fait au laboratoire d'histologie des hôpitaux. Il a donné les résultats suivants : 1° *Corps thyroïde*. Une coupe, portant à la fois sur les parties centrales caséuses de la tumeur et sur la mince écorce non dégénérée en apparence, montre que cette dernière est formée d'alvéoles allongées parallèlement à la surface du néoplasme et séparées parfois par des travées de tissu conjonctif très solides, qui pénètrent jusque dans la masse caséuse pour s'y perdre.

Les alvéoles les plus superficielles sont remplies de cellules assez grandes, multinucléées, irrégulières dans leur forme. A mesure que l'on s'enfonce vers le centre de la tumeur, ces cellules changent d'aspect. Tout d'abord elles deviennent vitreuses, homogènes; elles se colorent d'une façon uniforme en rouge jaunâtre. Le noyau n'est indiqué alors que par une zone plus fortement teintée et mal délimitée. Dans les alvéoles plus profondes, les cellules se chargent de graisse; ce sont d'abord des granulations qui apparaissent dans le protoplasma et auxquelles se joignent bientôt de véritables gouttelettes. Tuméfiées par cette accumulation de matières grasses, les cellules dilatent les petites cavités qui les contiennent, amincissent les cloisons alvéolaires. Bientôt, les corps cellulaires altérés et confondus ne forment plus qu'une masse granuleuse, les tractus les moins volumineux disparaissant, le centre de la tumeur se trouve formé de ces noyaux caséeux qu'on apercevait à l'œil nu. Dans ce caséum, le microscope montre, au milieu de fines granulations, des corps réfringents affectant la forme de sphères parfois divisées en secteurs inégaux, et qui ne sont autre chose qu'une matière grasse spéciale, dont la réaction caractéristique est sa coloration vive et facile par la purpurine. Les vaisseaux rares, peu volumineux, ne se rencontrent que dans les tractus fibreux d'une certaine importance.

2° La description des *nodules pulmonaires* ne serait qu'une répétition de celle que nous venons de donner de la tumeur thyroïdienne. En effet, la structure générale, la marche de la dégénérescence cellulaire sont ici les mêmes. Il est important néanmoins de noter quelques points spéciaux. Remarquons d'abord que la trame du néoplasme est formée de celle de l'organe lui-même, que les cloisons qui limitent les amas des cellules anormales ne sont autres que les parois des alvéoles pulmonaires, puis, fait non moins intéressant, la périphérie du nodule pulmonaire n'est nullement indiquée par une néoformation conjonctive; la sclérose pulmonaire, à quelque degré de son évolution qu'on veuille la considérer, ne joue aucun rôle dans la néoplasie que nous étudions. La seule altération du tissu qui entoure la tumeur consiste en un certain degré de congestion, accompagné, comme cela doit être, d'une tuméfaction corrélatrice des cellules épithéliales des alvéoles.

3° La *tumeur cérébrale* est fort altérée par l'existence d'hémorragies dans son épaisseur. Dans les parties cependant où l'on peut reconnaître sa structure, on y rencontre les mêmes cellules volumineuses que dans les al-

véoles superficielles du néoplasme thyroïdien. Mais ici elles n'ont subi d'autre altération que la dégénérescence vitreuse. En outre, les travées qui séparent les groupes cellulaires sont infiniment moins régulières, moins complètes que dans les tumeurs que nous avons décrites tout d'abord.

Pour ces trois néoplasmes, il est un point commun fort intéressant, c'est qu'il a été impossible d'établir la transition entre les éléments normaux du tissu où ils se sont développés et les éléments pathologiques. Dans le corps thyroïde, où cela eût été d'importance majeure, je n'ai pu retrouver la moindre parcelle du tissu normal de la glande.

Quelle est, d'après cette description, la dénomination à appliquer à cette tumeur ? Il me paraît absolument nécessaire d'admettre qu'il s'agit ici d'un néoplasme développé tout d'abord dans la glande thyroïde et ayant donné lieu ensuite à la formation de nodules secondaires cérébraux et pulmonaires. Le fait de la dégénérescence complète du corps thyroïde, l'existence de cette tumeur à une période où les symptômes nerveux étaient nuls, sa dégénérescence centrale qui ne fait défaut que dans le noyau encéphalique, voici des caractères qui me paraissent plaider énergiquement en faveur de la manière de voir que j'énonce.

A ne considérer maintenant que la structure des parties fermes de la tumeur, qu'on les examine dans le corps thyroïde ou que, au contraire, on se reporte aux nodules secondaires, il est difficile de refuser à ce néoplasme le nom de *carcinome*. Ne répond-il pas, en effet, exactement, par sa structure alvéolaire, par le contenu de ses cavités, par la disposition générale de celles-ci, à la définition même de ce genre de tumeur. L'apparence des nodules pulmonaires à leur périphérie est également en faveur de ce diagnostic ; et cependant, il est manifeste que la dégénérescence caséuse qui, ici, par la fidélité avec laquelle elle se présente dans les nodules pulmonaires, devient, en quelque sorte, un caractère anatomique de la tumeur, n'est point habituelle avec une pareille importance dans le *carcinome*. Enfin, et surtout, le fait que ce corps thyroïde dégénéré était resté exactement limité par son enveloppe fibreuse, qu'il n'envoyait point de prolongements dans les tissus ambiants, que les ganglions voisins étaient sains, paraît également bien anormal dans l'hypothèse d'un *carcinome*. Il est également évident que rien, dans le fait que nous rapportons, ne se rapproche de la description donnée par

MM. Cornil et Ranvier, d'un épithélioma thyroïdien observé en 1876 dans le service de M. Hayem. Cependant, malgré toutes ces considérations, que l'on raisonne par exclusion, ou qu'au contraire on se base simplement sur l'observation des parties typiques de la néoplasie, on verra, me semble-t-il, qu'il est impossible de découvrir à la tumeur dont je viens de donner la description une dénomination autre que celle de *carcinome*. C'est, par conséquent, celle que je propose de lui laisser, en dépit des anomalies qu'elle présente.

25. Nécrose du maxillaire inférieur. — Squirrhe de la langue. — Cancer secondaire du cœur; par M. MEUNIER, interne des hôpitaux.

V..., Jean, cinquante et un ans, employé, est entré le 1^{er} octobre 1881 dans le service de M. DESPRÉS, à la Charité, lit n° 8, salle Saint-Jean, pour une affection ancienne de la bouche. Il souffre depuis trente ans; depuis deux ans, son mal s'aggravant très sensiblement, il est venu se faire soigner à Paris.

Pâle, amaigri, V... semble, à première vue, être arrivé à une période avancée d'un *cancer de la langue*. Mais, il est traité depuis si longtemps pour une *nécrose de la mâchoire*, que M. Després ne se prononce pas catégoriquement. Cette nécrose n'est ni une nécrose syphilitique, ni une nécrose phosphorée. Elle ne paraît pas davantage être une nécrose scrofuleuse. En somme, elle dépend d'une cause inconnue. Elle s'est manifestée par des abcès sous la mâchoire, la perte à peu près totale des dents de l'arcade dentaire inférieure, et par l'élimination de fragments osseux à des intervalles éloignés. Aucune opération n'a été tentée.

Actuellement, V... est privé presque complètement des fonctions actives de la bouche. — La *mastication* est impossible. — La *déglutition* est douloureuse, pénible, et ne saurait être répétée plusieurs fois de suite; aussi seuls les liquides peuvent-ils passer, et en petite quantité. — La voix est indistincte, et l'on doit fournir au malade une ardoise pour correspondre avec lui.

L'orifice buccal s'ouvre mal: il semble rétréci; la langue ne peut être projetée au dehors; elle est immobilisée derrière de gros bourgeons charnus, violacés, semés de points jaunâtres, qui la bordent en avant et à droite. Le doigt, promené dans la cavité buccale, pénètre entre ces bourgeons, qui sont assez durs, dans une cavité pleine de

liquides sanieux, au fond de laquelle on sent une saillie dure et irrégulière, un peu mobile. La langue n'est pas déformée, mais elle est épaissie, dure, ne se déprime pas. Il faut recourber le doigt pour arriver sur la base, ce qui provoque des efforts de vomissements, de la suffocation. Du reste, on n'obtient aucun renseignement nouveau. — Le corps du maxillaire inférieur paraît manquer totalement. Il est remplacé par un tissu induré. Sous le menton, qui est très fuyant, on voit des cicatrices irrégulières et deux fistules, dont une au moins communique avec la bouche. Toute la région sous-hyoidienne est déformée, dure, bosselée, irrégulière. Sur le côté droit du larynx, on sent un petit ganglion isolé, dur et immobile. La tête est inclinée en avant et ne peut être redressée, ce qui semble dû à la rétraction cicatricielle.

La respiration est gênée; peut-être y a-t-il un peu d'œdème des replis ary-épiglottiques. Il n'y a pas de tirage; il n'y a pas eu d'accès de suffocation. On trouve dans les deux poumons une grande quantité de râles humides. L'état général est très mauvais; maigreur squelettique; teinte pâle des téguments, un peu jaune, mais pas la teinte jaune-paille caractéristique du cancer.

La diagnostic est suspendu; le malade reste en observation. Qu'il s'agisse d'une nécrose simple de la mâchoire ou d'un cancer de la langue, il n'y a point d'opération radicale à tenter. Les indications restent les mêmes : soutenir le malade par une alimentation bien ordonnée et par des toniques; parer aux accidents qui pourront survenir, particulièrement à l'asphyxie par la trachéotomie. Cependant, M. Després extrait par la bouche quatre séquestres de la mâchoire du volume de noisettes.

15 octobre. Depuis trois jours, symptômes de bronchite subaigüe. Température du soir entre 38° et 38°,6. Les poumons sont du sommet à la base envahis par de nombreux râles muqueux et sibilants. Expectoration de mucosités d'un gris-jaunâtre, dont quelques-unes sont striées de sang.

26 octobre. Incision d'un abcès sous-maxillaire à droite. Il s'écoule du pus épais, jaune, crémeux.

29 et 30 octobre. Extraction de deux petits séquestres. L'état local ne se modifie guère. L'asphyxie chronique fait des progrès. La face est bouffie, les paupières gonflées. Le teint est un peu violacé. Langue violacée sortant presque de la bouche. Les quintes de toux sont violentes. La respiration est un peu sifflante. Le malade est toujours assis sur son lit.

6 novembre. Dans la journée, deux accès de suffocation.

7 novembre. M. Després qui, depuis huit jours, pensait à pratiquer la trachéotomie, la juge nécessaire et urgente. Il opère immédiatement. On ne donne pas de chloroforme. Le décubitus est très pénible; le patient fait signe qu'il étouffe. Pendant qu'on incise la peau, il devient bleu, agite les bras, suffoque. On le relève vivement; il reprend haleine; puis, on continue. Au moment où on arrivait sur la trachée, la respiration cesse, le poulx s'arrête, la face est pâle, l'œil terne. M. Després ouvre immédiatement la trachée, introduit l'écarteur, fait mettre le malade la tête en bas, et fait faire la respiration artificielle. Au bout de trente secondes environ, on entend un léger sifflement. Le malade reprend connaissance et l'on place la canule. A la visite du soir, l'opéré exprime un soulagement notable.

12 - 14 novembre. On le nourrit par le moyen de la sonde œsophagienne, pendant ces trois jours.

18 novembre. Il rend par la canule deux ou trois cuillerées à bouche de sang.

22 novembre. L'amélioration dans les symptômes locaux et généraux est telle, que M. Després, qui soupçonnait toujours l'existence du cancer, doute de plus en plus. Les rides de la face sont mieux marquées, l'œil est plus vif; l'appétit revient. Les gros bourgeons situés dans la bouche ont bien diminué de volume; la bouche s'ouvre mieux. Le malade mange avec une cuiller et fume comme autrefois.

1^{er} décembre. Il se lève tous les jours deux ou trois heures; il essaie de fumer. — Cet état continue sans incident jusqu'au 18 décembre, lorsque, un matin, le malade tombe tout à coup sur son lit, sans connaissance, fait quelques mouvements convulsifs, et, malgré les soins qu'on lui donne immédiatement, ne reprend pas connaissance.

AUTOPSIE, le 19 décembre, vingt-quatre heures après la mort. — On enlève d'une seule pièce les organes thoraciques, le larynx et le plancher de la bouche, en désarticulant les condyles du maxillaire.

A la vue, la langue est épaissie, pâle, sans déformation ni ulcération. Le côté droit de la base est plus épais que le gauche. L'entrée du larynx est boursoufflée, oedématisée; elle se ferme complètement malgré l'adhérence de la face antérieure de l'épiglotte à la langue. Sur une coupe antéro-postérieure du plancher de la bouche, on voit que la

langue est indurée; la moitié postérieure est infiltrée de masses blanchâtres, très dures, disposées dans le sens des fibres de la langue, dont on reconnaît un certain nombre à leur couleur rouge-ocre très tranchée. Elles forment un noyau volumineux, qui s'étend vers l'amygdale droite, et qui est irrégulier et un peu bosselé. On y trouve deux petits kystes contenant un liquide grisâtre. Sur la coupe, en racleant, on ne trouve pas de suc. La moitié antérieure de la langue est moins dure, blanchâtre et cedématiée. Le plancher de la bouche est formé de tissus fibreux, condensés; à droite, une grande et profonde ulcération, qui s'ouvre en bas à travers la peau.

Du maxillaire inférieur, il ne reste que les branches; les articulations sont saines; il n'y a pas non plus d'ostéophytes; le périoste se détache facilement; l'os n'est pas épaissi. Dans la région sus-hyoidienne, plusieurs ganglions, bien qu'un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, ont la forme, la consistance et la coloration habituelle. — Autour de la trachée, on trouve plusieurs gros ganglions noirâtres.

Les organes intra-thoraciques sont dans l'état suivant : Le cœur est dur, petit, vide de sang; le muscle est moins rouge qu'à l'ordinaire; les valvules sont intactes. Le cœur gauche est sain. Le cœur droit présente dans la cavité du ventricule, en deux points, sur la face externe et sur la face antérieure dans l'infundibulum, des noyaux marronés, durs, blancs, à surface tout à fait lisse, avec deux ou trois grosses excroissances polypeuses un peu molles. Le noyau antérieur, plus gros, pénètre jusque sous le péricarde. Ces noyaux ont refoulé le muscle cardiaque, dans lequel ils sont comme enchâssés. — On trouve aussi de petites concrétions fibrineuses, molles, jaunâtres, avec des points rouges.

Les *poumons*, taillés en lames longitudinales, ne présentent que des lésions de bronchite et d'emphysème. Il n'y a pas un seul noyau semblable à celui du cœur. Dans une des principales branches de l'artère pulmonaire droite, on trouve un petit caillot fibrineux, blanc, à cheval sur l'éperon de l'artère; il est enveloppé de caillots noirs. Son aspect est en tout semblable aux petites concrétions fibrineuses du cœur droit. — Le *foie*, les *reins*, l'*encéphale*, y compris les *méninges*, ne présentent rien à noter.

Examen histologique. — Notre collègue et ami M. Variot a bien voulu se charger de l'examen microscopique, dont voici le résultat.

A. *Langue*. 1° Vers la pointe, là où les tissus avaient une teinte pâle uniforme, on trouve une infiltration embryonnaire sous-papillaire; mais pas trace de néoplasme. 2° Plusieurs coupes, portant sur la partie postérieure, à droite du sillon médian, près du V lingual, montrent des îlots de cellules d'apparence épithéliale nette, et circonscrites par une trame fibreuse épaisse. Ces îlots sont allongés, contournés, ou bien arrondis, elliptiques, avec des bourgeons de même aspect. Ceux-ci s'observent mieux entre des cul-de-sac de glandules salivaires bien conservés qui leur sont contigus.

Dans le voisinage des îlots épithéliaux, il y a une infiltration de cellules embryonnaires, au milieu des fibres musculaires, qui, du reste, ont leurs caractères ordinaires, striation, etc. Il n'est pas possible de saisir exactement le point de départ de la tumeur. On ne peut décider, malgré l'apparence épithéliale incontestable des éléments constituant l'intérieur des alvéoles, si ces éléments proviennent de la couche profonde de l'épithélium muqueux. Les portions de la tumeur examinées étaient trop petites pour que nous puissions tirer quelques conclusions définitives à cet égard. Du reste, les lésions sont évidemment différentes de celles de l'épithélioma vulgaire, et, en particulier, on n'y constate pas de globes épidermiques.

B. *Cœur*. Les coupes ont porté sur la masse cancéreuse et sur la partie du myocarde adjacente.

A une certaine distance du noyau cancéreux, on voit que le tissu conjonctif qui sépare les fibres musculaires est notablement plus épais qu'à l'ordinaire; les fibres musculaires présentent leurs anastomoses et leurs striations habituelles. Plus près, dans la zone limitrophe du cancer, sont semés une grande quantité de noyaux ronds, qui prennent très fortement le carmin. Les fibres musculaires paraissent normales. La masse cancéreuse elle-même, vue à un faible grossissement (oc. 1, obj. 1, Nachet), donne un aspect alvéolaire tout à fait caractéristique; à la périphérie, les travées fibreuses, plus ou moins épaisses, s'adossent contre les fibres musculaires; elles sont d'une teinte claire, tandis que les îlots épithéliaux sont fortement colorés par le carmin. La disposition générale des îlots est assez irrégulière, tantôt allongée en forme de boyaux, contournés en crosse, circulaires, avec de petits renflements.

A un plus fort grossissement (oc. 1, Nachet, obj. 6 Verick), on voit que, dans les trames fibreuses, existe une grande quantité de corps fibro-plastiques fusiformes très

allongés et quelques fibres pâles, non striées, qui semblent vraisemblablement être le reliquat des fibres musculaires.

Quant aux cellules remplissant les alvéoles, elles sont tassées les unes contre les autres. On distingue bien un gros noyau et un nucléole dans leur intérieur, mais le contour de leur protoplasma n'est pas délimité nettement. Dans quelques points de la préparation, ces cellules se trouvent dissociées, et il est facile d'étudier le détail de leur structure. Elles sont volumineuses, les unes allongées, prismatiques, le plus grand nombre polyédriques; leur corps cellulaire est très pâle et un peu granuleux; le noyau ovoïde, le plus souvent, est unique; mais nous l'avons vu double dans certains éléments. Il est fortement coloré, à contours nets et pourvu d'un nucléole très réfringent. Des coupes, portant sur la masse cancéreuse, nous ont montré que bon nombre de cellules épithéliales étaient infiltrées de granulations graisseuses, même de grosses vésicules libres.

Nous ferons remarquer que la forme des alvéoles et la disposition des éléments constitutants présentent la plus grande analogie dans le noyau cancéreux intra-cardiaque, et dans le noyau cancéreux de la partie postérieure de la langue. Il s'agit certainement de la propagation du même néoplasme, lequel, bien que nous n'en ayons pas la preuve, a eu son point de départ très probablement dans la muqueuse linguale.

C. Ganglions. Nous avons recherché les altérations des ganglions lymphatiques au voisinage du cœur et nous avons examiné, à ce point de vue, un ganglion volumineux, dur et infiltré de pigment noir, que nous avons pris près de la base du cœur. Nous n'avons constaté autre chose qu'une véritable sclérose du ganglion; la substance folliculaire est atrophiée au point qu'elle a presque disparu dans certains points. Dans les follicules qui ont persisté, on distingue, entre les éléments lymphatiques, des blocs assez gros qui sont remplis de charbon, mais il n'y a pas trace de cancer.

Nous avons fait des coupes de ganglions sous-maxillaires; mais les tissus n'étaient pas en assez bon état pour que, histologiquement, nous puissions affirmer qu'ils étaient cancéreux. Nous nous croyons autorisés à conclure que la propagation du cancer de la langue au cœur ne s'est pas faite par les voies lymphatiques, mais bien plutôt par le système veineux. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que notre malade était atteint depuis longtemps

d'une nécrose de la mâchoire, qui devait maintenir béants les sinus veineux, par lesquels a pu se faire l'absorption et la translation des éléments cancéreux et que le cancer secondaire occupait uniquement le cœur droit.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous avons rencontré, outre la nécrose du maxillaire, un cancer de la langue ayant les caractères macroscopiques du squirrhe, forme très rare, et un cancer secondaire du cœur. Le cancer de la langue est comme infiltré entre les fibres musculaires, tandis que les noyaux dans le cœur sont bien limités et tranchent nettement par leur coloration sur celle du muscle cardiaque. Il est probable que la propagation a eu lieu par les veines; mais il est étonnant que les poumons soient indemnes. Il est intéressant de mettre en rapport l'état du cœur avec la syncope qui a failli emporter le malade pendant la trachéotomie.

Nous croyons pouvoir attribuer la mort au cancer du cœur, qui n'a pas permis à cet organe de lutter contre l'obstacle apporté brusquement à la circulation par l'embolie pulmonaire. Nous devons nous demander quel rapport il a pu exister entre la nécrose du maxillaire et le cancer de la langue. Nous n'avons pu savoir si V... était sous le coup d'une diathèse cancéreuse héréditaire. Acquise ou héréditaire, la diathèse s'est manifestée dans un point qui était déjà le siège d'une irritation chronique.

MM. KIRMISSON et P. RECLUS insistent sur ce fait que le malade, depuis longtemps (30 ans), était atteint d'une lésion du maxillaire. Peut-être cette lésion a-t-elle été l'occasion du développement du carcinome, ce qui expliquerait alors le siège anormal de celui-ci, dans le cas particulier.

26. Monstre anencéphale présentant plusieurs vices de conformation. — **Bec de lièvre commissural génial à gauche.** — **Bec de lièvre latéral.** — **Coloboma de la paupière inférieure et de l'iris à droite;** par M. J. M. CARAFI, interne des hôpitaux.

Le fœtus monstrueux, dont j'ai l'honneur de communiquer l'observation, provient du service de M. le D^r CHAMPIONNIÈRE, à la Maternité de l'hôpital Cochin.

Cette fille est née le 26 août 1880, à 8 h. 15 du soir. Sa

mère est restée dans le service pendant les trois derniers mois de la grossesse. Le palper nous ayant fait reconnaître une présentation du siège, nous avons essayé deux fois d'opérer la version céphalique par manœuvres externes, sans succès. Pendant le travail de l'accouchement, l'enfant se présentait par le sommet, mais les signes fournis par le toucher, la sensation de deux bosses molles, tendues séparées par une fente firent commettre une erreur de diagnostic inévitable, on crut à une présentation du siège. L'expulsion n'offrit rien de particulier. Le fœtus se mit à respirer, aussitôt après la naissance, en poussant un cri plaintif au lieu du vagissement normal. La respiration n'avait rien d'anormal ni comme rythme ni comme fréquence lorsque nous vîmes l'enfant, une demi-heure après la naissance. Il succomba trois heures après. La respiration se ralentit dans les derniers moments, puis il expira à 1 h. 45. Aussitôt après la naissance, il aurait fait quelques mouvements, mais ils cessèrent bien vite, puisque, lorsque nous le vîmes, il était absolument immobile, faisant entendre pendant l'expiration une sorte de gémissement.

Les deux lobes formés par les enveloppes de l'encéphale se rompirent, après la naissance, et ces petites fissures donnèrent issue à une quantité appréciable de sérosité. On peut se rendre facilement compte, par les photographies, de la forme et du volume considérable de ces lobes anencéphaliques. Ils sont entièrement séparés sur la ligne médiane, dans leur intervalle; sur la base du crâne, on trouve plusieurs saillies irrégulières, qui sont comme des traces des parties médianes de la face inférieure du cerveau. Le volume des deux lobes réunis égalait celui d'une tête d'adulte, immédiatement après la naissance, mais ils s'étaient partiellement ridés, lorsqu'on tira l'épreuve photographique.

Presque tous les arrêts de développement se sont localisés à la tête; le tronc et les membres du fœtus sont parfaitement conformés: le poids dépasse 3100 grammes.

Nous constatons, d'abord, un bec de lièvre génien de la seconde variété des auteurs (Buisson, Follin et Duplay). C'est une fissure formant une concavité supérieure s'étendant de la commissure gauche des lèvres vers le bord inférieur de l'os malaire. Cette fente est assez nettement reproduite par les photographies pour que nous puissions nous dispenser d'y insister. Faisons toutefois remarquer une particularité qui nous a frappé et que nous n'avons vue signalée nulle part; c'est l'existence d'une sorte de filament, s'étendant du point où la fente de toutes les parties molles

de la joue s'arrête, à la face inférieure du lobe anencéphalique gauche. Cette bride, immédiatement au-dessus de la dépression cicatricielle linéaire de la peau, a, sans doute, été pour beaucoup dans la production de la fente.

A droite, nous voyons un bec de lièvre latéral, le défaut de la soudure de la peau va beaucoup plus haut que celui des parties molles de la lèvre. La paupière inférieure de l'œil droit est le siège d'un coloboma comprenant presque toute la hauteur de la paupière. L'iris de l'œil droit est également frappé d'arrêt de développement; il existe un coloboma de l'iris.

RÉFLEXIONS. — Nous avons déjà appelé l'attention sur l'existence d'une bride filiforme au niveau du bec de lièvre génien, cette circonstance mérite d'être mise en relief alors même qu'il soit absolument démontré que la théorie de l'arrêt de développement est indiscutable comme pathogénie du bec de lièvre. Une autre particularité qui n'a pas été relevée dans l'observation, et qu'on constate très bien dans la photographie, c'est l'existence de brides qui, partant de la base du crâne, vont s'attacher aux membranes de l'œuf. Deux sont les variétés de bec de lièvre commissural ou génien admises par les auteurs. Dans la première, la bouche est considérablement allongée et s'étend d'une oreille à l'autre. Tels sont les cas de Muralt (1715), opéré par Fritzsche, et celui d'Otto observé chez un anencéphale. La seconde variété est caractérisée par une fente partant de l'angle des lèvres, se dirigeant vers la pommette en laissant une ouverture plus ou moins grande par laquelle on découvre l'intérieur de la bouche. Les cas de cet ordre ont été d'abord observés par Klein (*Monstrorum quorundam descriptio*, Stuttgart, 1783), A. Nicati (*De labii leporini congenite natura et origine*, Fra. ad Rhen, 1822), puis, par Laroche (*Dissertation sur les monstruosités de la face*, th. de Paris, 1825). Ammon, de Dresde, a décrit un cas où cette lésion ne coïncidait avec aucun autre vice de développement et fut opérée par Langenbeck (Ammon, *Die chirurg. Path. in Abbildungen*, t. IV, fig. 69).

M. Debout a publié, dans le Bulletin de thérapeutique, en 1862, sous le titre : *Coup d'œil sur une des formes les plus rares du bec de lièvre*, trois observations dues à Ferguson, Ryard et Colson. Dans ces trois cas, l'opération fut suivie de succès.

Complétons ces renseignements bibliographiques puisés en grande partie dans l'article de M. Buisson du *Dict. Encyclopédique*, en citant le mémoire sur les fissures congénitales de la joue par M. Pelvit, un *Mémoire de la Société de biologie*, 3^e série, t. V, p. 101.

27. Calcul salivaire du canal de Warthon expulsé spontanément; par M. J. CARAFI, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique un calcul salivaire expulsé spontanément.

Voici l'histoire de ce calcul : Le nommé Louis Dutastre, âgé de 22 ans, vient à la consultation du service de M. le professeur LE FORT, à l'hôpital Beaujon, le 19 décembre 1881. Il nous raconte que, étant au régiment, l'année dernière, il fut pris subitement, après un repas, de douleurs très vives dans la bouche et dans l'angle de la mâchoire droite ; ces phénomènes se calmèrent sous l'influence d'applications émollientes.

Depuis lors, il avait été peu incommodé et n'avait remarqué aucun gonflement, ni aucune gêne fonctionnelle, lorsque, le 17 décembre, après le dîner, il commença à souffrir dans la bouche et sous l'angle droit de la mâchoire ; les douleurs augmentent progressivement et deviennent intolérables, un gonflement considérable apparaît dans la région sous-maxillaire droite, et, au milieu de ces crises douloureuses, véritables coliques salivaires, il expulsa la petite pierre qu'il nous présente.

L'examen de la bouche permet de constater la dilatation du canal de Warthon et l'épaississement de ses parois. L'orifice du canal de Warthon est bien dilaté, il offre plus de trois millimètres de diamètre. L'introduction d'un stylet dans le canal permet facilement de constater qu'il est assez dilaté pour avoir pu contenir le calcul. La glande sous-maxillaire est encore très fluxionnée, douloureuse à la pression, les téguments qui la recouvrent très peu œdématisés. La douleur a notablement diminué depuis l'expulsion du calcul, à tel point que les mouvements de la mâchoire ne déterminent qu'une gêne très modérée.

Le calcul, de forme olivaire, fracturé à 3 millimètres de son extrémité, a plus de 23 millimètres de long et 8 de diamètre transversal. Sa surface est mamelonnée, sa couleur blanche légèrement jaunâtre.

RÉFLEXIONS. — L'expulsion spontanée paraît s'être faite par le processus suivant : l'extrémité antérieure du calcul

est venue boucher l'orifice du canal de Warthon, l'accumulation de salive dans le calcul et la glande, aidée par les mouvements de la langue, a fini par engager l'extrémité du calcul dans l'orifice du canal dilaté, à partir de ce moment, la tension de la salive a augmenté et le calcul ainsi poussé a franchi de force l'orifice du canal de Warthon. C'est là un mode de guérison spontanée de la lithiase salivaire que nous n'avions jamais vu signaler.

28. Rapport sur la candidature de M. Albert Mathieu au titre de membre adjoint; par M. V. HANOT, médecin des hôpitaux.

Nous désirons appeler l'attention de la Société anatomique sur une des présentations de M. Mathieu.

Un homme de 49 ans, bien portant habituellement, est atteint depuis quelque temps de vertiges et d'étourdissements. A deux reprises il tombe, sans toutefois perdre complètement connaissance et sans présenter de paralysie après sa chute. Un matin, on le trouve dans son lit paralysé et sans parole. On l'apporte à l'hôpital.

« La paralysie de la face est très prononcée. Il y a, vers la hanche, une déviation très marquée. Du côté droit, la face est immobile, inerte. Les sillons sont effacés, la bouche abaissée. La joue se gonfle passivement sous l'influence de la respiration. La langue est fortement attirée à droite. Le membre supérieur droit est moins atteint que la face. Il y a un degré marqué de parésie, mais les mouvements sont possibles, quoique difficiles et limités. Le malade peut remuer les doigts et soulever le bras.

« Le membre inférieur est beaucoup plus libre. La force y est à peu près aussi grande que dans le membre inférieur gauche. Il existe donc une disproportion évidente entre l'état de la face, du membre inférieur et du membre supérieur. Complète à la face, et, pour ainsi dire, au maximum, la paralysie est incomplète au membre supérieur et à peu près nulle au membre inférieur. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. Lorsqu'on cherche à faire parler le malade, il répond par un bredouillement absolument incompréhensible. Toutefois, il semble comprendre assez bien ce qu'on lui dit et il répond avec exactitude, par gestes, oui ou non aux questions qu'on lui pose sur son âge, sa profession, les circonstances de son attaque. »

Sans insister sur les particularités de l'observation et de l'autopsie, qui peuvent avoir quelque intérêt à d'autres

points de vue, nous rappellerons les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie. Elles sont de nature à permettre des phénomènes paralytiques et de l'aphasie une interprétation satisfaisante.

« La pie-mère est rouge, épaissie, sans adhérence à la substance cérébrale sous-jacente. Les artères de la base du crâne sont très athéromateuses. Pas de caillots dans leur intérieur.

« Indépendamment de cet épaississement de la pie-mère et de l'athérome artériel, le cerveau paraît sain extérieurement. Il y a cependant un certain aplatissement et une certaine mollesse de l'hémisphère gauche. Une coupe, passant par les éminences mamillaires, fait voir un foyer d'hémorragie cérébrale siégeant immédiatement sous l'insula gauche, qui se trouve décollée dans toute son étendue. Le foyer occupe toute la hauteur du lobule. La capsule interne se reconnaît facilement ainsi que les noyaux opto-striés. Le sang épanché est semi-liquide et présente la consistance et l'aspect de la gelée de groseilles. Au pourtour du foyer, la substance cérébrale est infiltrée, colorée en jaune ocre sur une zone d'un centimètre de large. Dans la substance blanche, au pourtour, on trouve un piqueté rouge très marqué, correspondant sans doute à de petits anévrysmes miliaires. Le foyer hémorragique, ainsi situé sous l'insula, la déborde en avant et en arrière de deux à trois centimètres. »

Dans la plupart des auteurs classiques, on trouve l'hémorragie cérébrale signalée comme cause de l'aphasie au même titre que le ramollissement, les tumeurs et les autres lésions destructives du cerveau. Cependant, M. Charcot n'a pu en relever que cinq cas.

Les hémorragies cérébrales peuvent se produire dans deux territoires vasculaires : le système artériel périphérique des circonvolutions, et le système artériel profond des centres opto-striés. Les hémorragies des circonvolutions sont relativement rares. Pour qu'elles produisent l'aphasie, il faut de plus qu'elles siègent dans un point limité. Il n'y a pas de loi qui appelle cette localisation. Ce n'est du reste point de cette hémorragie périphérique qu'il s'agit dans le cas présent.

Le plus souvent, grâce à une disposition anatomique sur laquelle il est inutile d'insister, l'hémorragie se produit à la partie postérieure du noyau lenticulaire au contact de la capsule externe. Les symptômes observés sont alors de l'hémiplégie croisée. Les filets émanés du pédoncule cérébral et contenus dans le faisceau pyramidal sont com-

primés dans leur ensemble. La paralysie est alors assez régulièrement répartie sur la moitié du tronc, du côté opposé.

Dans le cas précédent, le foyer hémorragique, plus extérieur, siégeait beaucoup plus en avant. Il débordait l'insula de Reil. Il en résultait naturellement que les fibres du faisceau pyramidal étaient atteintes, comprimées, détruites peut-être dans la partie extérieure de ce faisceau. Ce sont donc les fibres destinées à la 3^e circonvolution frontale et au pied des circonvolutions ascendantes qui devaient se trouver lésées : de là, paralysie complète de la face, incomplète du membre supérieur. Les fibres supérieures et internes, correspondant au centre du membre inférieur étaient hors d'atteinte. C'est ainsi que, dans un cas de Küssmaul rapporté par Frei (*Arch. f. Psych.* Bd. IV, p. 327), un foyer de ramollissement, du volume d'un haricot, placé dans la substance blanche du lobe frontal droit, entre le corps strié et l'écorce, avait amené de la parésie du côté gauche de la bouche et du bras gauche. Les conséquences sont les mêmes, quelle que soit la lésion : la question de localisation l'emporte et l'insertion des fibres radiées de la couronne rayonnante à la face profonde des centres psycho-moteurs détermine en elles une véritable localisation susceptible de se traduire par des paralysies limitées.

Le malade, est-il dit dans l'observation, comprenait assez facilement les questions qu'on lui posait. Il répondait par gestes, oui ou non, avec discernement. La parole était supprimée, et ne consistait plus que dans un bredouillement indistinct. Est-ce là, à proprement parler, de l'aphasie ? Oui, sans doute, si l'on ne voit dans l'aphasie que l'impossibilité d'exprimer, d'extérioriser des idées correctement pensées.

Mais, ne semble-t-il pas qu'il y ait quelque chose de particulier dans ce fait ? Ne semble-t-il pas remarquable qu'un homme aussi près d'un foyer hémorragique et aussi sévèrement frappé puisse comprendre nettement les questions et donner des réponses exactes ? Ne peut-on pas se demander avec l'auteur si l'intégrité de la troisième frontale et de la région avoisinante de l'écorce n'est pas pour quelque chose dans cette conservation peu habituelle de la faculté de comprendre et de répondre ?

L'insula, il est vrai, était soulevé et décollé ; mais il faut remarquer que, normalement, ce lobule ne communique pas directement avec les régions sous-jacentes, et l'on peut se demander quelle était l'influence du retentissement du voisinage, de la compression, dans les cas où l'insula était le siège des lésions relevées à l'autopsie des aphasiques.

Il serait donc bon de rapprocher ces lésions situées à proximité de la troisième frontale, et de rechercher si les troubles de l'intelligence, qui donnent son cachet spécial à l'aphasie vraie, ne manquent pas plus facilement lorsque les voies d'émissions ont été seules détruites.

29. Rapport sur la candidature de Juhel-Renoy au titre de membre adjoint.

Parmi les communications faites par M. Juhel-Renoy à la Société anatomique à l'appui de sa candidature, il en est une sur laquelle nous désirons appeler votre attention. Elle nous paraît offrir un réel intérêt au point de vue de la question encore discutée des localisations cérébrales. Nous rappellerons en quelques mots le fait dont il s'agissait.

Une enfant de 4 ans, vers l'âge de six mois, fut prise de convulsions violentes; lorsqu'on voulut la faire marcher, on constata que tout le côté gauche du corps était paralysé; deux ans après, les membres supérieur et inférieur du même côté devinrent le siège de contractures et amenèrent des déformations persistantes: pied bot varus équin, main bote, etc. Les sens supérieurs étaient profondément atteints; un état d'idiotie presque absolue, tel était le tableau raccourci de ce fait. Sur le cerveau qui nous a été présenté, on trouva sur la partie latérale de l'hémisphère droit une couche de sérosité gélatineuse, en assez grande quantité. L'encéphale, dépouillé de ses enveloppes, montrait une atrophie manifeste de tout le lobe droit, atrophie qui n'était pas moindre du quart du cerveau. Au doigt, on percevait une dureté très grande, presque ligneuse. Mais, le fait qu'il importe de signaler surtout, c'est la circonscription exacte affectée par la lésion. La circonvolution pariétale ascendante, le lobule pariétal supérieur, la partie supérieure du lobule du pli courbe, tel était le territoire affecté.

Conjointement à ces altérations, existaient une atrophie du lobe gauche du cervelet, une atrophie de la pyramide antérieure du même côté.

M. Juhel Renoy a depuis lors examiné la moelle de cette enfant, et y a noté les lésions suivantes, qui viennent à l'appui des travaux remarquables de MM. Charcot, Bouchar, Turk, Flechsig. Dégénération considérable occupant le faisceau pyramidal direct et croisé, dégénération qui pouvait être suivie, en ce qui concerne le faisceau pyramidal croisé, jusqu'à la partie inférieure de la moelle épinière. Les muscles ne présentèrent aucune dégénérescence et leur atrophie était fort minime.

L'existence des centres moteurs des membres au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes est aujourd'hui un fait trop bien connu pour que nous insistions sur la paralysie qui a succédé aux altérations rapportées au cours de l'observation.

Quant à la nature de l'affection, elle semble bien devoir être rangée dans ces faits rares, mais aujourd'hui bien étudiés, d'atrophie cérébrale et décrits sous le nom d'hémiplégie spasmodique. Les noms de MM. Cotard, Tumer, Bourneville sont et resteront attachés à cette affection.

Nous pourrions, à côté de cette présentation, en signaler d'autres à l'appui de la candidature de M. Juhel-Renoy, nous nous bornerons à relever les titres des plus importantes : 1° Un fait d'anévrysme de l'aorte longtemps silencieux et se révélant brusquement par des accidents qui nécessitèrent une intervention chirurgicale, ce fut la laryngotomie qui fut choisie. 2° Un cas d'endocardite survenue dans le cours d'une diphthérie, et au sujet de laquelle une assez vive discussion eut lieu. 3° Enfin diverses présentations de carcinose intestinale, de dégénérescence amyloïde généralisée.

30. M. BASTARD présente un *foetus monstrueux*, de 7 mois, appartenant à la classe des *pleurosomes*, de J. G. Saint-Hilaire.

31. M. BOURCY montre le *cerveau* d'un malade *amputé* depuis dix ans. Il est impossible de dire s'il y a atrophie des circonvolutions correspondant au membre enlevé.

32. M. DE LA PERSONNE communique un cas de *ramollissement cérébral* consécutif à des *lésions cardiaques*. L'orifice mitral est rétréci et il existe dans le ventricule gauche des végétations globuleuses dans lesquelles M. Balzer a constaté la présence de bactéries.

M. CORNIL pense que ces bactéries se sont développées après la mort.

33. M. SUCHARD présente un cœur sur lequel existe un *rétrécissement aortique* appartenant à la variété décrite par M. Vulpian sous le nom de *rétrécissement pré-artériel*.

34. M. JEAN montre un *anévrisme* de la *cloison inter-ventriculaire*. L'un des cordages tendineux du ventricule

gauche s'insère d'une façon vicieuse et traverse en diagonale la cavité de ce ventricule. Cette double lésion s'était traduite cliniquement par un souffle systolique très rude.

Séance du 30 décembre 1881.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

35. Un cas de monstruosité ; par MM. G. HAYEM, professeur à la Faculté de médecine et CLADO, interne provisoire.

La nommée Laugereau (Marie), âgée de 14 ans, fourreuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine quelques heures après être accouchée d'un enfant du sexe masculin. L'accouchement s'était très bien passé, mais l'enfant refusa de prendre le sein et mourut le soir, à 6 heures.

Dans la famille de la femme et du père, il n'y a jamais eu de monstres ; jamais non plus il n'y a eu d'affection cutanée. Rien de particulier ne s'est produit pendant sa dernière grossesse. Elle a déjà eu un enfant qui se porte très bien et qui est venu à terme, mais qui est d'un autre père que l'enfant actuel.

AUTOPSIE. — L'enfant a le tronc et les membres très bien développés. Du côté de la mâchoire inférieure, on trouve une agénésie très prononcée. Elle présente en effet à peine la moitié du volume normal. Elle est, pour ainsi dire, cachée sous la mâchoire supérieure, qui proémine en avant.

La peau des régions sus-hyoidienne et maxillaire inférieures est très altérée. Elle est lisse, amincie et beaucoup moins élastique qu'à l'état normal. Son aspect rappelle celui des cicatrices de brûlure. Ça et là, par petits îlots, elle forme des saillies, dures au toucher et d'un aspect rougeâtre dues à des accumulations de tissu graisseux. Les parties lisses et amincies se voient surtout vers les angles de la mâchoire et vers les parties latérales du cou. A leur niveau, le tissu cellulaire manque presque complètement. Ces altérations cutanées se retrouvent d'ailleurs, mais à un degré beaucoup moindre, sur le reste du cou et sur la partie supérieure du thorax.

La mâchoire inférieure a conservé sa forme ordinaire, de sorte que, sauf le volume, on dirait qu'elle s'est développée normalement. Mais, quand on la compare à celle d'un enfant à terme, on voit qu'elle est plus petite de moitié. Cet arrêt de développement porte à la fois sur le diamètre antéro-postérieur du corps et sur le diamètre vertical des branches. L'ossification est du reste complète d'un bout à l'autre. Au lieu de se rejoindre à la luette, les deux piliers postérieurs du voile du palais viennent se terminer vers la voûte osseuse que forment les os maxillaires. De telle sorte que l'isthme pharyngo-nasal a la forme d'un triangle à base postérieure et à sommet antérieur, répondant à la voûte osseuse des maxillaires supérieurs. Quant aux piliers antérieurs, on n'en trouve aucune trace. Ils n'ont jamais existé.

Immédiatement en arrière et au-dessus de cette fente pharyngo-nasale, on rencontre l'orifice postérieur des fosses nasales, qui présente aussi des anomalies. Grâce à l'absence du voile du palais, il vient s'ouvrir directement dans la bouche. Le vomer est complètement développé dans sa partie supérieure, mais il est atrophié dans sa partie inférieure; de telle sorte que son bord postérieur, au lieu d'être sensiblement vertical, est horizontal et antéro-postérieur.

L'atrophie de l'appareil palatin porte, en somme, sur le voile du palais et la luette, sur les deux piliers antérieurs, sur l'os quadratum du palatin, qui manquent absolument, et seulement sur la moitié postérieure de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur; leur moitié antérieure est conservée et forme seule le plafond de la bouche,

L'œsophage, l'estomac, l'intestin et l'anüs ne présentent aucun vice de conformation. Il en est de même du foie, de la rate et des reins. Le cœur est normal. On trouve une petite fente à la partie supérieure du trou de Botal. Le canal artériel est encore perméable. Le poumon ne présente aucune altération anatomique; mais les lobes inférieurs ont seuls servi à la respiration. Les supérieurs, dans leur plus grande partie, sont encore atelectasiés et ne surnagent pas. Rien à noter du côté des centres nerveux.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. Gombault, donne les résultats suivants: L'épiderme est beaucoup plus mince qu'à l'état normal. Ça et là, il est en état de desquamation. Il y a même des places où il fait tout à fait défaut. Les papilles présentent un développement incomplet. La ligne qui les limite vers la superficie est moins sinueuse qu'à l'état normal. Le tissu conjonctif du derme est beaucoup moins développé et plus lâche. Les annexes

du derme, follicules pileux, glandes sudoripares et glandes sébacées, sont moins nombreux qu'à l'état normal. Nulle part, on ne trouve de prolifération cellulaire embryonnaire.

RÉFLEXIONS. — En somme, d'après l'examen histologique, il serait difficile de rattacher l'altération de la peau à un processus morbide proliférant. Ce serait plutôt un arrêt de développement. M. le professeur Hayem croit que l'atrophie de la mâchoire a été manifestement le résultat de l'altération cutanée précédemment décrite. Le défaut d'élasticité de la peau s'est opposé au développement de la mâchoire; celle-ci, en même temps que la langue et toute la région sus-hyoidienne, a été obligée de se développer du côté de la cavité buccale, de telle sorte que, proéminent à la façon d'un coin, elle s'est engagée entre les piliers, contre la voûte palatine et le voile du palais, et s'est opposée à leur développement complet. L'atélectasie pulmonaire reconnaît peut-être aussi pour cause le défaut d'élasticité de la peau des parties supérieures du thorax, qui a dû gêner la respiration costo-supérieure.

36. Neuf kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. (Quatre dans le foie. Un dans l'épiploon gastro-splénique. Un dans le ligament large du côté gauche. Trois dans le grand épiploon). — Coxalgie. — Mort. — Autopsie; par M. Aimé GUINARD, interne des hôpitaux.

La nommée X..., domestique, est âgée de vingt-deux ans. Elle n'a pas connu ses parents et ne peut, par conséquent, donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Elle est d'une constitution strumeuse manifeste : elle a eu des gourmes dans son enfance et, à différentes reprises, des ophtalmies intenses. A quinze ans, notamment, elle est restée pendant neuf mois sans ouvrir les yeux. On l'a guérie avec des collyres au nitrate d'argent et avec un traitement général dont la base était l'huile de foie de morue. Il y a deux ans, elle a commencé à boiter et à souffrir dans la hanche droite.

Elle est alors entrée à Lariboisière, dans le service de M. Léon LABBÉ. Le diagnostic de coxalgie fut porté, et, pendant dix mois, son membre inférieur droit fut soumis à l'extension continue. Au moment où elle a quitté Lariboisière, son état s'était sensiblement amélioré : elle pouvait marcher et ne souffrait plus. Mais, bientôt, les douleurs

apparurent de nouveau dans le genou et dans la hanche, et c'est ce qui la force à venir de nouveau à l'hôpital.

Elle entre le 3 novembre 1881, au n° 28 de la salle Lisfranc, à la Pitié, dans le service de M. le professeur VERNEUIL. Elle paraît très affaiblie : son teint est pâle et ses muqueuses gingivales et conjonctivales sont décolorées. Elle ne souffre pas quand elle est au repos dans son lit. Mais, son membre inférieur droit est dans une attitude vicieuse qui attire immédiatement l'attention. Il est dans l'abduction et la rotation en dehors ; la cuisse, fléchie sur le bassin, repose sur le lit par sa face interne. Le talon droit correspond à la partie moyenne de la jambe gauche.

Il n'y a pas le moindre degré d'ensellure à la région lombaire, mais la colonne vertébrale est incurvée à droite et le bassin se trouve fortement incliné du même côté, de sorte que l'épine iliaque droite est considérablement abaissée. Il est impossible de corriger cette attitude et de ramener le membre dans la rectitude. Le moindre mouvement provoque des douleurs intolérables et toute exploration est impossible. Aussi, M. Verneuil se propose-t-il d'anesthésier la malade : c'est le seul moyen de voir ce qui, dans cette attitude bizarre, dépend de la contracture musculaire et ce qui provient des lésions osseuses intra-articulaires. A l'auscultation, on trouve le cœur absolument normal. Du côté droit de la poitrine, on trouve une matité complète, remontant plus haut que l'angle de l'omoplate. On pense à un épanchement pleurétique, bien qu'il n'y ait ni souffle ni égonphonie.

20 novembre. L'exploration de l'articulation de la hanche pendant le sommeil chloroformique a été retardée. La malade se plaint de quelques douleurs dans le ventre, et on reconnaît l'existence d'une tumeur qui avait été méconnue jusqu'alors. Le ventre est volumineux, il a beaucoup grossi depuis quelques jours, dit la malade. Il paraît déjeté à droite. A la palpation, on sent une tumeur lisse, rénitente, élastique, qui occupe tout l'hypochondre droit, la région du foie, la fosse iliaque droite, et qui se prolonge du côté de la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est mate à la percussion, et la matité est uniforme depuis l'ombilic jusqu'à la quatrième côte du côté droit. La tumeur semble donc développée dans le foie. On ne perçoit pas de fluctuation bien accusée, ni de sensation de choc ; cependant, M. Verneuil diagnostique un kyste hydatique du foie. Rien dans les antécédents de la malade ne peut éclairer sur la genèse de ce kyste. Elle a toujours habité Paris, et n'a jamais vécu dans une maison où il y avait des chiens.

28 novembre. La tumeur s'est considérablement accrue, elle atteint maintenant la fosse iliaque gauche, et la malade est très gênée pour respirer. De plus, elle va très difficilement à la selle et ne rend que des matières blanchâtres très sèches. Pas d'ictère.

29 novembre. Chloroformisation. La malade étant dans la résolution complète, M. Verneuil essaie de ramener le membre dans la rectitude. Tous ses efforts restent inutiles. La déviation est à peine corrigée, et on est obligé d'admettre que les lésions osseuses sont très avancées et rendent la réduction impossible. On met néanmoins, à grand peine, la malade dans une gouttière de Bonnet, et, profitant du sommeil chloroformique, on fait une ponction exploratrice à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, à deux centimètres environ au-dessous du rebord des fausses côtes droites et à dix centimètres de la ligne blanche. — On retire ainsi un demi-verre de liquide verdâtre, qui provient manifestement d'un kyste hydatique contenant de la bile. Les échinocoques sont morts, et on peut voir au microscope un grand nombre de crochets caractéristiques. On ne continue pas à vider la poche par aspiration, car la canule se bouche à chaque instant.

2 décembre. M. Verneuil emploie cette fois le gros trocart dont on se sert pour vider les kystes de l'ovaire, et pénètre dans la poche hydatique, au point même où il avait fait la ponction exploratrice.

Il introduit ensuite dans la canule une grosse sonde en caoutchouc rouge n° 18, et, retirant la canule, il laisse la sonde à demeure dans la poche, après avoir fermé son extrémité extérieure avec une pince à pression continue. Cette sonde est ensuite fixée sur la paroi abdominale avec des fils de coton, de la baudruche et du collodion élastique, et on adapte à son extrémité une capote en baudruche préalablement trempée dans l'eau phéniquée forte. Grâce à ce procédé si simple qui rappelle celui que Reybard a déjà employé pour les épanchements pleurétiques, le liquide s'échappe de la poche dès qu'on enlève la pince, et l'air extérieur ne peut pénétrer dans le kyste. On obtient ainsi quatre litres d'un liquide verdâtre très albumineux.

De temps en temps, on voit des hydatides flétries obstruer le tube et on est obligé de les saisir avec des pinces. Le soir, la malade a 38°,4 et 100 pulsations à la minute. Elle accuse un grand bien-être, surtout au point de vue de la respiration. Il s'est écoulé par la sonde environ un demi-litre de liquide. On soulève la baudruche et on fait dans la

poche une injection d'eau phéniquée faible. Cette eau sort en ramenant de nombreux débris d'hydatide.

3 décembre. M. Verneuil constate que la tumeur n'a pas complètement disparu, malgré l'évacuation de ces quatre litres de liquide. On trouve, en effet, dans la fosse iliaque droite et dans la fosse iliaque gauche, deux tumeurs qui semblent bien distinctes et qui étaient avant l'opération confondues avec la masse commune, à cause de la distension de l'abdomen.

7 décembre. On a fait chaque jour trois injections phéniquées dans la poche, en prenant toutes les précautions nécessaires pour qu'il n'entre pas d'air dans le kyste. La malade a accusé quelques douleurs abdominales ; il y a donc eu une petite poussée de péritonite partielle. On enlève la sonde et on la remplace immédiatement par une autre beaucoup plus grosse, qui permet à une grande quantité de membranes de s'échapper.

La malade étant chloroformée, M. Verneuil ponctionne successivement les deux tumeurs des fosses iliaques, puis il place dans chacune d'elles un tube en caoutchouc rouge, en employant le manuel opératoire décrit précédemment. Le kyste qui occupe la fosse iliaque gauche donne environ un litre de liquide, qu'on a de la peine à obtenir à cause des nombreuses hydatides qui viennent sans cesse obstruer la sonde. L'autre, au contraire, se vide immédiatement et ne contient qu'un demi litre de liquide, clair et limpide comme de l'eau de roche. La membrane de ce kyste est donc stérile.

8 décembre. La malade se trouve très bien et ne souffre nullement dans le ventre ; elle ne se plaint que de sa hanche droite. On enlève la gouttière de Bonnet et on ne s'occupe plus de la coxalgie, quitte à reprendre le traitement plus tard, s'il y a lieu. — La malade reste donc étendue dans son lit : les trois sondes avec leurs extrémités garnies d'une capote en baudruche reposent dans un urinoir en verre. On peut voir ainsi la différence qui existe entre les liquides issus de chacun des trois kystes. Le premier, qui est vert et contient des débris d'hydatides, correspond à un kyste hydatique contenant de la bile ; le deuxième, qui est clair et rempli d'hydatides intactes de toutes les grosseurs, vient d'un kyste hydatique en pleine voie d'évolution ; le troisième, enfin, qui est limpide et transparent, répond à un kyste hydatique stérile.

12 décembre. On a fait chaque jour trois injections phéniquées dans chaque kyste. Depuis hier soir seulement, la malade accuse quelques douleurs dans le ventre, elle

vomit tout ce qu'elle mange : la température a atteint 38°,5 hier soir et monte à 38° ce matin. Le liquide provenant du kyste ponctionné le premier a une odeur fétide. M. Verneuil prie M. Collin d'établir, avec un système de tubes en caoutchouc, une sorte de siphon qui permette de laver la poche complètement.

14 décembre. On place dans l'ouverture du kyste en question une grosse sonde à double courant. De l'extrémité de cette sonde partent deux tubes en caoutchouc ; l'un, qui aboutit à une cuve suspendue au-dessus du lit et pouvant contenir huit litres de liquide ; l'autre, qui se rend dans un réservoir placé sur le lit. Deux robinets, placés sur le trajet de ces tubes, permettent d'en boucher la lumière à volonté. Grâce à ce siphon, on fait dans la poche une sorte d'irrigation phéniquée continue.

16 décembre. L'état local est satisfaisant, mais la malade s'affaiblit de plus en plus. Elle est pâle et très amaigrie ; sa température atteint toujours 38° le soir. Pas d'ictère. Pas de vomissements, mais constipation opiniâtre. Elle ne peut aller à la selle. Les matières fécales rendues sont blanchâtres, probablement parce que la bile s'écoule en grande partie dans un des kystes, ce qui explique pourquoi il n'y a pas d'ictère. On enlève les deux sondes placées en dernier lieu et on les remplace par deux sondes d'un plus gros calibre (n° 19). Lavages phéniqués fréquents.

21 décembre. Etat général mauvais. Fièvre hectique le soir. Inappétence absolue. Pas de garde-robe. Nausées, vomissements. Le kyste dans lequel est placé le siphon est bien désinfecté. Au moment où on retire la sonde qui pénètre dans le kyste de la fosse iliaque gauche, la poche s'engage dans le trajet fistuleux et il est aisé de la retirer avec une pince. Ce kyste peut dès lors être considéré comme guéri et on remplace la grosse sonde par une sonde de petit calibre (N° 12). Malheureusement, le liquide qui sort du kyste de la fosse iliaque droite est infect, il a même une odeur fécaloïde prononcée et M. Verneuil n'hésite pas à diagnostiquer une communication de l'intestin avec la poche.

23 décembre. La malade meurt d'épuisement.

AUTOPSIE, vingt-quatre heures après la mort. — *Thorax* : A l'ouverture du thorax, on constate que le poumon droit est refoulé jusqu'à la quatrième côte par une masse conique qui vient de la cavité abdominale et qui est exactement coiffée par le diaphragme. Il adhère solidement à la plèvre et à ce dernier par l'intermédiaire d'épaisses faus-

ses membranes. Poumon gauche sain. Pas de traces de tubercules. Cœur normal. — *Abdomen*. Les sondes sont restées en place, de sorte qu'il est facile d'ouvrir l'abdomen sans atteindre les kystes dont la paroi adhère au péritoine pariétal autour des trajets fistuleux. On est frappé tout d'abord du volume considérable du foie, qui remplit à lui seul toute la cavité abdominale. Il a vingt centimètres de hauteur et dix-huit de longueur à la base. De plus, il est surmonté d'une tumeur en forme de cône, qui part de la face convexe et refoule le diaphragme et le poumon droit jusqu'à la quatrième côte. En réalité, le foie est abaissé; son extrémité la plus élevée est située à cinq centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes droites. Il descend à droite et à gauche jusque dans les fosses iliaques, et porte, à ce niveau, deux gros kystes, dont l'un est revenu sur lui-même (celui de la fosse iliaque gauche) et l'autre est perdu dans une masse de fausses membranes. En incisant la paroi antérieure de ce dernier, on peut voir qu'une ouverture spontanée le met en communication avec une seconde poche située en arrière et en bas, et cette poche, qui est un véritable abcès, s'ouvre dans l'intestin, à cinq centimètres environ du point où l'iléon s'abouche dans le cœcum. Le kyste communiquait donc avec l'iléon, mais médiatement. De plus, il comprimait la terminaison de l'intestin grêle, qui est véritablement obstrué: c'est à peine si le calibre de l'iléon, à ce niveau (entre la fistule stercorale et le cœcum), admet un crayon. L'intestin grêle est rempli de matières blanchâtres, ressemblant à de la crème. Les trois kystes ponctionnés étaient donc développés dans le foie. La première ponction était faite juste à l'union du kyste supérieur avec le tissu hépatique, c'est-à-dire à la base du cône représenté par la tumeur. En ouvrant cette dernière, il a été impossible de trouver l'ouverture du conduit biliaire qui devait laisser la bile se déverser dans la cavité. A la face inférieure du foie, au niveau du lobe de Spiegel, un quatrième kyste de la grosseur d'une grosse orange comprimait le canal cholédoque et adhérait intimement à la veine cave inférieure. Dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-splénique, on trouve un kyste de la grosseur d'une noix. Une tumeur semblable est développée dans l'épaisseur du ligament large du côté gauche. Enfin, après avoir détaché le foie, on s'aperçoit, en soulevant le grand épiploon, qu'il est retenu dans le petit bassin par trois kystes appendus à son extrémité inférieure. Ces trois kystes, du volume d'une grosse mandarine, adhérent à peine à l'épiploon et ne sont rattachés en aucune façon à une partie

quelconque de l'intestin. Ces cinq derniers kystes ne ressemblent pas aux kystes développés dans le foie. Ils ont, pour caractères communs, une membrane adventice extrêmement mince, un liquide clair, limpide, sans hydatide. En un mot, ce sont des kystes stériles.

Hanche droite. L'articulation coxo-fémorale du côté droit est disséquée avec soin. On constate l'existence d'une coxalgie ancienne. La cavité cotyloïde est perforée, et la tête du fémur pénètre dans le petit bassin. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne trouve pas de vestige de kyste hydatique dans l'articulation ni dans les parties avoisinantes.

RÉFLEXIONS. — En résumé, l'autopsie a démontré l'existence de neuf kystes développés dans la cavité abdominale. Des trois kystes ponctionnés, l'un pouvait être considéré comme guéri, le deuxième était en bonne voie de guérison, quant au troisième, il communiquait avec l'intestin grêle par l'intermédiaire d'une poche purulente. Tous les trois étaient dans le foie. Notons, en terminant, que de solides adhérences unissaient intimement la paroi des kystes à la paroi abdominale, sur une étendue de deux centimètres environ, autour des sondes placées à demeure.

37. Ligature de la verge à l'âge de 7 ans. — Section presque complète de l'organe ayant intéressé l'urèthre. — Rétrécissement de l'urèthre avec fistule. — Sclérose rénale. — Mort par urémie dyspnéique ; par M. J. M. CARAFI, interne des hôpitaux.

Antécédents. Notre malade, quoique âgé de 21 ans, présente tous les caractères de l'infantilisme prolongé. Il a le développement d'un enfant de 14 ans. Atteint d'incontinence nocturne d'urine, à l'âge de 7 ans, il eut l'idée de se lier la verge, pour éviter d'uriner dans son lit et pour échapper aux menaces de ses parents. Cette ligature déterminaa des érections mécaniques, et, consécutivement, l'étranglement avec section partielle. La cicatrisation de cette ulcération circulaire n'a pu être obtenue sans que le calibre de l'urèthre ait été notablement rétréci. La rétraction du tissu de cicatrice a amené progressivement un rétrécissement tellement serré du canal de l'urèthre, que des accès répétés de rétention d'urine s'en sont suivis. Cependant, il n'avait jamais eu besoin d'être sondé. Après plusieurs heures de rétention, il parvenait à vider lentement, mais entièrement la vessie.

Avant son entrée à l'hôpital, il s'était présenté à la consultation de M. Tillaux et avait été sondé. On reconnut, après ce cathétérisme explorateur, l'existence d'un rétrécissement très serré de la portion pénienne de l'urèthre, à quatre ou cinq centimètres du méat urinaire. Le point précis où siégeait ce rétrécissement était indiqué par la présence d'une petite fistule uréthro-pénienne venant s'ouvrir sur la face dorsale du pénis, et à travers laquelle suintaient quelques gouttes d'urine pendant la miction.

Le 25 novembre, le malade a uriné spontanément depuis qu'il est à l'hôpital. La quantité de ses urines est presque normale, elles contiennent un peu de mucus et ne sont point albumineuses. Le malade, d'ailleurs, n'avait jamais présenté de phénomènes pouvant se rattacher à l'albuminurie. Le cathétérisme est pratiqué par M. Lefort, qui parvient à passer une bougie très fine qui est laissée en place pendant dix minutes.

30 novembre. Nouvelle séance de cathétérisme; on passe une bougie plus volumineuse que la première et M. Le Fort se proposait de lui faire une séance de dilatation rapide par sa méthode.

2 décembre. Dans la nuit, le malade se plaint de dyspnée; l'auscultation ne donne rien, pas plus que la percussion; on soupçonne une dyspnée urémique.

3 décembre. La dyspnée est beaucoup augmentée, la sécrétion urinaire s'est notablement tarie; le malade, dont la température est normale ou un peu inférieure, est dans un état d'abattement très prononcé. La respiration prend, pendant quelques heures, le caractère dit de Cheine-Stokes.

4 décembre. Le malade n'a pas uriné depuis hier soir, la vessie est vide. La dyspnée urémique fait des progrès incessants et ne laisse aucun espoir. On prescrit au malade un lavement drastique (sirop de nerprun et eau-de-vie allemande, de chaque, 30 gr.) Le malade succombe un peu après midi.

AUTOPSIE, faite 48 heures après la mort. — Poumons légèrement congestionnés; cœur hypertrophié (il n'a pas été pesé). Les reins sont lobulés, ils présentent ce caractère porté à un très haut degré. À la coupe, on constate qu'ils sont très sclérosés, que la substance corticale est très atrophiée, on constate ensuite les signes de la rétention dans le rein, c'est-à-dire une dilatation des calices et du bassinet se faisant aux dépens du rein.

Les urétéres sont extrêmement hypertrophiés et dilatés, ils offrent un calibre dépassant celui du petit doigt.

La vessie est énormément hypertrophiée, ses parois ont de sept à huit millimètres en moyenne, la muqueuse est parfaitement saine. La vessie contient un peu d'urine très riche en mucus. L'urèthre est très rouge derrière le rétrécissement. Son calibre est un peu dilaté. Le rétrécissement est caractérisé par une bride circulaire entourant presque entièrement l'urèthre, saillant en dedans. Derrière le rétrécissement, on voit s'ouvrir l'orifice interne de la fistule que nous avons signalée plus haut. Le trajet de cette fistule est très oblique, il a plus d'un centimètre de longueur. L'orifice cutané vient s'ouvrir sur la face dorsale de la verge. L'urèthre, au-devant du rétrécissement, n'est pas sensiblement modifié, ni dans son calibre, ni dans sa structure.

RÉFLEXIONS. — Il est curieux de constater, chez ce malade, l'existence d'une néphrite scléreuse atrophique, d'origine mécanique, ayant fini par déterminer de l'urémie dyspnéique rapidement mortelle, sans qu'il ait été possible de trouver de l'albumine dans les urines, ni les phénomènes qui sont les conséquences de l'albuminurie. L'anémie a été très tardive, vu l'état des lésions, et a précédé immédiatement la mort.

38. Fracture indirecte de la neuvième vertèbre dorsale : déformation, réduction. — Mort le 8^e jour par hémorragie cérébrale traumatique ; par M. J.-M. CARAFI, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique la colonne vertébrale d'un homme de 25 ans, mort dans le service de M. le professeur Le Fort, à l'hôpital Beaujon, par suite d'une hémorragie cérébrale traumatique, dans le cours d'une fracture du rachis.

Cet homme, maçon, était dans son travail le 16 novembre 1881, lorsqu'il tomba sur la tête, d'une hauteur d'environ 10 mètres. Aussitôt conduit à l'hôpital Beaujon, il fut admis par notre collègue M. Petit, qui a eu l'obligeance de nous donner la note suivante sur l'état du blessé et l'intervention à laquelle il a été soumis, d'un commun accord avec nous.

Le malade, couché sur un brancard, est dans le décubitus dorsal ; il est en proie à une agitation marquée, répète sans cesse le même cri : « Marie ! » se débat lorsqu'on cherche à l'examiner, mais n'exécute des mouvements que de la partie supérieure du corps et principalement du bras

droit ; le bras gauche est atteint d'une contracture en demi flexion assez marquée.

En le découvrant pour constater l'état de ses membres inférieurs, on s'aperçoit que la verge est en érection ; il n'y a pas de traces d'émission de sperme, d'urine ou de matières fécales. Les deux membres inférieurs sont en état de paraplégie flasque et l'anesthésie à ce niveau, ainsi que sur la partie inférieure du tronc, semble absolue.

En procédant à l'examen de la région rachidienne, on constate, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale environ, une déformation très accentuée. La portion du rachis supérieure à ce point paraît enfoncée sur une étendue de plusieurs centimètres, tandis qu'au dessous, on perçoit une saillie brusquement limitant inférieurement la dépression, dans laquelle on pourrait loger une grosse noix. On ne constate à ce niveau, ni mobilité anormale de fragments de vertèbre, ni crépitation ; mais la palpation, même légère, est douloureuse.

Quelques heures après l'entrée du malade, on procède à des tractions progressives sur les membres inférieurs, tandis que la contreflexion est faite au moyen d'une alèze passée sous les aisselles. Ces manœuvres semblent peu douloureuses et l'on obtient facilement la disparition de la déformation rachidienne. A ce moment, l'érection avait disparu ; le malade était tombé dans un état semi-comateux et la contracture du bras gauche s'était accentuée. Il fut laissé dans le décubitus dorsal, avec une légère traction exercée sur la partie supérieure du tronc, au moyen de l'alèze passant sous les aisselles et dont les chefs furent fixés à la tête du lit.

Le diagnostic n'était point douteux ; il s'agissait à la fois d'une fracture indirecte de la colonne vertébrale et d'une hémorragie cérébrale ; car il était difficile d'expliquer autrement que par une hémorragie cérébrale la contracture limitée au bras gauche et l'état intellectuel du blessé.

17 novembre. Le malade est un peu plus agité.

18 novembre. Le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Il est toujours agité. Six sangsues derrière l'oreille droite. On place le malade dans une gouttière de Bonnet ; à la visite du soir, la température est normale ; le malade est très agité et fait des mouvements violents avec le bras droit, le seul membre qui ne soit pas paralysé, et se livre à de violents efforts. Etat demi-comateux. Le bras gauche est toujours contracturé, et comme les efforts du malade paraissent nés sous l'influence de la douleur, on

lui fait une piqûre de un centigramme de chlorhydrate de morphine.

19 novembre. Depuis hier, des convulsions épileptiques ont apparu sur le bras gauche et la face; elles se présentent sous la forme de véritables crises, avec arrêt respiratoire initial, mouvements toniques et mouvements cloniques. Après ces crises, la contracture s'atténue un peu, sans pourtant cesser. Le coma fait toujours des progrès, sans que la respiration soit bruyante; pas le moindre râle trachéal. La paralysie sensitive et motrice persiste sans aucune modification; c'est la commotion ou plutôt la contusion cérébrale qui domine les accidents et commande le pronostic. La constipation et la rétention d'urine persistent.

Vu l'état comateux du blessé, on supprime la potion avec extrait thébaïque (5 centigrammes), et on prescrit six nouvelles sangsues derrière l'oreille droite. Le soir, même état. Les attaques épileptiformes ont été plus fréquentes dans la journée; elles surviennent à peu près toutes les heures et durent de 20 à 30 secondes. T. 38°, 2.

20 novembre. Même état. Cathétérisme deux fois par jour. L'urine est très abondante et nullement altérée.

21 novembre. Même état. La respiration conserve toujours le même caractère avec râle.

22 novembre. Le malade succombe à midi.

AUTOPSIE, pratiquée le 24 novembre en présence de mes excellents collègues MM. Petit et Gautier. — Ce qui nous a d'abord frappés, c'est la correction parfaite de la réduction. N'ayant pas vu le fracturé avant que celle-ci eût été obtenue, il m'a fallu parcourir deux ou trois fois la ligne des apophyses épineuses pour reconnaître l'intervalle de celles qui s'étaient abandonnées après la fracture.

L'autopsie de la tête nous fait reconnaître une ecchymose étendue à une grande partie de la région pariétale. Les os de la voûte du crâne étaient intacts. La calotte crânienne enlevée, nous constatons l'absence de toute hémorrhagie en dehors de la dure-mère. On voyait bomber, dans la région pariéto-frontale du cerveau droit, une saillie qu'il était facile de rattacher à sa véritable cause; une hémorrhagie en foyer. Ce foyer occupait les lobes frontal et pariétal, au-dessous des circonvolutions qui limitent le sillon de Rolando. C'est un véritable foyer renfermant un caillot noirâtre gros comme un œuf de poule, entouré de sérosité d'un rouge vif. Tout autour, la substance cérébrale est déchirée. Le foyer n'est séparé de la surface du cerveau que par une couche

mince de substance nerveuse ; il ne communique pas avec le ventricule latéral.

La fracture du rachis porte sur le corps de la neuvième dorsale, qui est divisé en deux fragments ; le supérieur concave comprend la lamelle supérieure et la moitié supérieure de la lamelle du tissu compacte qui recouvre la face antérieure du corps de la vertèbre ; le fragment inférieur comprend le reste du corps de la vertèbre. Le tissu osseux est tellement tassé, sous l'influence du traumatisme, dans ce fragment, que la hauteur du corps de la vertèbre est réduite à 13 millimètres alors que les vertèbres dorsales situées au-dessus et au-dessous ont un tiers en plus de hauteur. L'apophyse épineuse est détachée à sa base, mais non déplacée ; les apophyses articulaires et transverses sont comminutivement fracturées ; les lames sont intactes. Les neuvièmes côtes sont comminutivement fracturées au niveau de leur tête. Les deux fragments formés par le corps de la neuvième vertèbre dorsale s'emboîtent l'un dans l'autre comme un condyle dans une cavité glénoïde. Le tassement du corps de la vertèbre a été sans influence sur le calibre du canal vertébral.

La moelle ne paraît pas avoir beaucoup souffert lors du déplacement qui suivit la fracture, mais il faut remarquer qu'elle n'a été examinée que dix-neuf jours après la mort et qu'elle a été laissée dans le rachis, la pièce anatomique ayant été conservée dans une solution de chloral pendant tout ce temps. Notons toutefois que les méninges rachidiennes sont intactes et que nous n'avons trouvé aucune de ces lésions grossières qui enlèvent tout espoir de guérison. Point d'hémorrhagie dans le canal vertébral. Il y avait une hémorrhagie cellulaire assez abondante, étalée dans le médiastin postérieur, sous la plèvre médiastine.

RÉFLEXIONS. — Nous avons tenu à présenter notre pièce anatomique pour prouver la possibilité d'une réduction complète et régulière dans les fractures isolées du rachis. Plusieurs, parmi les chirurgiens qui admettent la réduction dans le traitement des traumatismes, avec déplacement du rachis, soutiennent que c'est dans les luxations que la réduction est utile et supposent que la réduction n'est pas d'un très grand secours dans les fractures isolées, les fractures sans luxation, celles dans lesquelles le déplacement se produit entre deux fragments du corps d'une vertèbre et non pas au niveau du ménisque intervertébral.

Cette pièce anatomique prouve justement que la réduction est aussi utile et aussi efficace pour les fractures seules que pour les fractures vertébrales compliquées de luxation.

Nous ne dirons qu'un mot sur l'hémorrhagie cérébrale traumatique, c'est que, malgré la rareté de ce genre d'accident, c'est bien un traumatisme qui en a été la cause dans notre cas; toutes les précautions, et elles étaient bien simples, ont été prises pour se mettre à l'abri de l'erreur. C'est bien le même traumatisme, chute sur la tête d'un lieu élevé, qui a fracturé indistinctement le rachis et déchiré les vaisseaux cérébraux qui ont fourni l'hémorrhagie. Le diagnostic de cette complication avait été fait par M. Le Fort dès les premiers jours, et on le combattit par un traitement adéquat.

38. Note sur deux cas de microcéphalie; par MM. BOURNEVILLE et WUILLAMIÉ.

Notre but n'est pas d'entreprendre, quant à présent, une monographie didactique sur la microcéphalie, mais de placer sous les yeux de la Société deux faits qui nous paraissent propres à éclairer cet intéressant sujet. Toutefois, avant d'aborder l'exposé du premier cas que nous avons observé, il nous semble utile de rappeler deux des travaux les plus importants, faits dans ces derniers temps sur la *microcéphalie*. Le premier, dû à l'un des hommes les plus éminents de notre époque, Charles Vogt, est intitulé : *Mémoires sur les microcéphales ou hommes singes* (1); — l'autre, élaboré sous les yeux de Broca, a pour auteur M. E. Ducatte et porte le titre suivant : *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme* (2).

OBSERVATION I. — *Père, oncle paternel et frère alcooliques.*

— *Mère : pertes de connaissances mal caractérisées. — Grand'mère maternelle : carcinome. — Autre frère : aliéné. — Excès de boissons. — Premier accès consécutif à une peur, à 18 ans; délire consécutif, deuxième accès à 47 ans. — Troisième à 50 ans. — Vertiges, hallucinations de la vue. — Intelligence médiocre. — Micro-*

(1) Genève, 1867. In-4° de 210 pages et 26 planches noires.

(2) Thèse de Paris, 1880. In-4° de 96 pages.

céphalie. — Suicide. — Poids de l'encéphale : 770 gr. — Simplicité des circonvolutions.

Chér... (Philibert-Auguste), âgé de 59 ans, boulanger, puis infirmier, est entré à Bicêtre le 25 mai 1872 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — Père : boulanger, alcoolique (vin blanc), mort d'un asthme symptomatique de bronchite chronique avec emphysème à l'âge de 75 ans ; il avait des varices considérables ; il n'aurait pas eu d'autre maladie. [Deux frères ; le plus jeune est mort prématurément, on ne sait de quoi. L'autre a succombé à des excès de boissons (vin blanc). — Aucun renseignement sur les grands parents paternels.]

Mère : elle travaillait avec son mari ; elle était malade. Vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, elle fut, durant trois ou quatre ans, sujette à des crises caractérisées de la façon suivante : elle tombait n'importe où, devenait très rouge, mais n'écumait ni ne se débattait. On prétend même qu'elle ne perdait pas connaissance (?). On attribuait ces accidents à la « *force du sang* » ; ils cessèrent à la suite d'une couche. Très active, prompte à se mettre en colère, elle n'avait cependant jamais été sujette à des attaques de nerfs ; morte percluse de douleurs, aveugle et atteinte d'anasarque ; on ignore les maladies qu'elle a pu faire ; elle avait deux hernies, dont l'une s'étrangla à 60 ans et fut opérée avec succès. [Grand'mère maternelle morte d'un carcinome à la cuisse ; grand-père mort de vieillesse à 98 ans et demi. Deux sœurs, l'une bien portante, mère de 7 enfants en bonne santé ; l'autre morte en couches à 47 ans. Un frère mort de fièvre typhoïde].

Pas de consanguinité. Le mari n'avait qu'un an de plus que sa femme.

Trois enfants. 1° Notre malade ; 2° un garçon rhumatisant, qui avait « *une espèce de goutte* » ; il est mort à 40 ans à la suite d'excès de boisson (absinthe), ses enfants se portent bien ; 3° un garçon très maladif, « *aurait un peu perdu la tête* » à un moment donné, à la suite de chagrins de famille, mais, cela « *lui aurait passé* » au moment où il allait entrer à Charenton. On ne connaît pas d'autre membres parmi les ascendants ou descendants ayant été sujet à quelque maladie nerveuse.

Notre malade. Bonne santé habituelle, a eu la rougeole, la variole et un abcès de l'oreille. Pas de convulsions ni de cauchemars, ni d'incontinence nocturne d'urine dans son enfance ; il n'était pas non plus peureux et n'avait eu aucune espèce de manifestation nerveuse. Caractère vif, et,

suivant lui, courageux à l'ouvrage. Il dit que, pour son commerce, il était obligé de boire beaucoup (vin blanc), mais qu'il ne se grisait pas. Il n'a jamais été très porté pour les femmes, partant pas d'excès vénériens; fume pour 1 fr. 50 et prise pour 25 centimes de tabac par semaine.

Le début de la maladie remonte à l'âge de 18 ans. C'est en effet à cette époque que, sous l'impression d'une *vire frayeur* (voleur caché dans la chambre à farine de son père), il eut sa *première crise*; il tomba privé de connaissance et se débattit beaucoup pendant 7 à 10 minutes, puis il reprit connaissance, eut un peu de délire pendant environ une heure et s'endormit (c'était à minuit). Le lendemain, il ne restait qu'une grande fatigue. Cela paraît avoir été un accès d'épilepsie.

Telle est l'origine du mal; quant à son évolution, les renseignements fournis par le malade à son entrée diffèrent de ceux qu'il nous a donnés dernièrement.

En 1872, il disait à M. J. Falret qu'à la suite de ce premier accès, il s'en serait reproduit d'autres tous les jours pendant un an; puis, tous les huit jours pendant six mois; puis de nouveau tous les jours, offrant ainsi une sorte d'intermittence. A nous, au contraire, il déclare que son premier accès a été unique, et que ce n'est qu'à l'âge de 46 ans, en 1869, qu'il a eu son deuxième accès. Nous sommes porté à admettre de préférence cette dernière version: en effet, Chér.... a été soldat durant 15 ans et il est probable qu'on ne l'aurait pas gardé aussi longtemps s'il avait eu des crises nerveuses. Un autre fait viendrait à l'appui de cette opinion: en 1863, il est déjà venu à Bicêtre après avoir passé par la Préfecture de police; au bout de 3 mois, il a été transféré à l'asile d'Armentières, et aucun des certificats consignés sur les divers registres ne mentionne l'existence de crises convulsives observées à cette époque.

Ce serait donc en 1869 qu'il aurait eu son *deuxième accès*. Il était infirmier à Saint-Antoine; en rentrant un soir, il se sentit tout à coup mal à l'aise, et, craignant quelque accident, il alla demander dans un poste qu'on le reconduisit à l'hôpital. Il se tenait à peine sur ses jambes et pourtant il n'avait pas bu. Arrivé à la grille, il tomba privé de connaissance, assez brutalement pour casser un banc et se meurtrir les jambes. Ce deuxième accès fut semblable au premier, et suivi d'un délire de deux jours. Le *troisième accès* survint en 1872, alors qu'il retravaillait de son premier état, et fut suivi d'un 4^e quelques heures après. Cette fois, pas de délire consécutif. Il fut obligé de quitter sa place et entra comme infirmier à la Pitié. A ce moment, la maladie

prit une marche rapide, Chér..., tombait 5 à 6 fois par jour; il fut envoyé à Bicêtre par M. Féréol.

Durant les premiers mois de son séjour à l'hospice, on nota seulement de *nombreux vertiges* (15 à 20 par jour) et des *hallucinations* pendant la nuit: « la lumière de la salle lui apparaît comme une aile de moulin qui tourne; il voit aussi le voleur, etc. » Il est aussi fait mention sur les registres auxquels nous empruntons ces détails du tremblement de la main, des fourmillements à la plante des pieds. Si on lui faisait regarder le plafond ou fermer les yeux, il tombait. Quand il marchait, il jetait la jambe, ses bras lui faisaient l'effet d'être de plomb; il se plaignait enfin d'un affaiblissement de la mémoire. — Les accès ont eu la marche suivante:

En 1872.	10 accès.
En 1873.	201 »
En 1874.	15 »
En 1875.	1 »
En 1876.	» »
En 1877.	1 »
En 1878.	» »
En 1879.	» »
En 1880.	» »
En 1881.	» »

Etat actuel (16 août 1881). — Le malade n'ayant plus d'accès depuis plusieurs années, demande à passer dans l'une des divisions de l'hospice, afin d'avoir plus de liberté. Avant de procéder à ce passage, nous avons pris les renseignements qu'on va lire;

Tête remarquablement petite, aplatie latéralement, oblongue, vertex assez saillant; *microcéphalie* évidente à première vue :

Diamètre antéro-postérieur (compas Budin). . . .	17 cent.
Diamètre transversal.	12 cent 2.
Circonférence de la calotte.	48 — (1).

La *calotte crânienne* paraît très petite par rapport à la totalité de la tête, si bien que celle-ci représente un ovoïde à petite extrémité supérieure, à grosse extrémité correspondant aux angles du maxillaire inférieur. Le *front* est peu haut (4 cent.), assez large (14 cent.), très fuyant latéra-

(1) On verra plus loin, à l'autopsie, que la circonférence du crâne était beaucoup moindre, ce qu'explique l'épaississement exagéré du cuir chevelu.

lement, il n'est pas aplati sur la ligne médiane et offre la disposition de la grosse extrémité d'un œuf. Les arcades sourcillières sont peu saillantes.

Face régulière; *nez* aquilin et fort; *yeux* ordinaires, iris gris-bleu, pupilles égales; *dents* bien rangées et petites; *voûte palatine* régulière, symétrique, assez profonde; *voile*, *piliers*, *amygdales* réguliers; *luette* très longue; *cou* normal. — *Thorax*. L'épaule droite est portée plus haute que la gauche. Les membres supérieurs et inférieurs sont bien conformés; il y a une légère atrophie de la jambe droite, qui, autrefois, a subi une triple fracture et que le malade tient continuellement serrée par une bande circulaire « pour la soutenir »; l'humérus aurait été fracturé aussi une fois; il n'y a pas de cal manifeste. Au bras droit, cicatrice d'une balle reçue en Afrique, laquelle aurait traversé le biceps.

Organes génitaux : verge très développée, testicules assez gros. Hernie inguinale droite, maintenue par un bandage.

Digestion : appétit bon, digestion facile, pas de vomissements, pas de gastralgie, pas de diarrhée, selles régulières; rate et foie normaux. — *Respiration* : quelques râles sous-crépitaux fins aux deux bases des poumons en arrière, sonorité normale. — *Circulation* : peut-être un léger souffle au premier temps et à la pointe; battements du cœur réguliers.

Sensibilité générale normale et égale des deux côtés du corps. — *Vue* un peu basse depuis quelque temps, mais juste; *ouïe*, *odorat*, *goût*, conservés et normaux. *Force dynamométrique* (Mathieu) : main droite, 37 kil; main gauche, 40 kil.

Peau. Cheveux grisonnants, jadis noirs, assez abondants; sourcils et cils bien fournis, moustache et barbe grises, autrefois châtain, poils roux au pubis; les jambes sont presque glabres. Pas de trace d'adénite, ni de syphilis, de scrofule ou d'eczéma.

Intelligence. A première vue, Chér... paraît assez intelligent; ses yeux sont vifs et parfois le regard est assez malin. Son instruction a été un peu négligée, il sait pourtant lire, écrire et faire les quatre règles. Il était adroit dans son métier; il prétend avoir été sergent dans les chasseurs de Vincennes. Actuellement, il travaille avec la plus grande assiduité au jardin, et gagne le maximum (40 cent. par jour); il économise avec soin, presque avec avarice, l'argent de son gain et passe pour avoir un petit pécule. Il est très sobre ici et ne sort pas. Naturellement.

gai, il raconte à ses compagnons une suite d'histoires drolatiques (moyen de faire des petits pains au lait sans lait, etc.). Il est un peu hableur en ce sens que, quoi qu'il entende raconter, il a toujours vu plus fort, et bâtit de suite son histoire, ce qui indique une imagination assez active. Il est de plus très chiffonnier et ramasse tout dans ses poches. Il porte toujours sur lui toutes ses richesses : une musette en toile pleine de victuailles, de quatre ou cinq porte-monnaies, de tabatières, de papiers, etc., etc.; une grosse chaîne à laquelle sont appendus son porte-monnaie de service, les clefs des jardinets, son couteau; à la boutonnière, son débourre-pipe. Toutes ses poches sont pleines. Il a toujours une canne à la main. On voit par ces détails que ce malade a réellement un cachet tout particulier.

23 août. On a trouvé hier Chér... *pendu* à un clou dans la cave d'un employé. Jamais on n'avait remarqué chez lui de tristesse ni d'idées de suicide; au contraire, ces derniers jours, il était tout heureux de passer aux vieillards et de pouvoir, par la suite, sortir librement pour aller voir ses amis. Peut-être était-il un peu soucieux depuis deux jours? Le matin, il avait remis son porte-monnaie à son camarade Monget, en lui recommandant de ne pas l'ouvrir, ajoutant qu'il le reprendrait le soir. A onze heures, il n'avait pas déjeuné et avait seulement bu son vin, il était retourné à son travail à midi et demi jusqu'à deux heures et demie, mais paraissait préoccupé; ensuite, il est allé à la cantine de la Sibérie avec des amis et là on l'a perdu de vue; on le croyait retourné à son travail. A quatre heures, heure de la rentrée, on a remarqué son absence et les recherches n'ont fait découvrir que sa veste et sa canne. Enfin, à six heures, on l'a trouvé *pendu* au moyen d'un cordeau de jardinage, les pieds touchant terre, un tréteau devant lui, le corps encore tiède, mais tout secours fut inutile.

AUTOPSIE, le 24 août, à 9 heures et demie du matin. — *Rigidité cadavérique* très prononcée aux quatre membres et également des deux côtés. La *face* est pâle plutôt que congestionnée, les yeux entr'ouverts, mais non saillants; la langue est un peu tuméfiée et son extrémité fait saillie entre la moitié gauche des arcades dentaires. Au cou un sillon correspondant en avant à la partie supérieure du cartilage thyroïde montant latéralement à droite de façon à atteindre à un centimètre au-dessous du cartilage de l'oreille, pour reprendre ensuite une direction horizontale et joindre en arrière la troisième vertèbre cervicale.

Du côté gauche, il est horizontal et rejoint directement la même vertèbre. Il est plus profond sur la ligne médiane et latéralement qu'en arrière. A son niveau, la peau est brunnâtre ; il est limité par les lèvres tuméfiées et violacées, la supérieure surtout et dans tout le trajet, l'inférieure en arrière seulement. Teint ecchymotique de la région cervicale postérieure et du cuir chevelu, lequel est bouffi, œdématisé. Au niveau du sillon, le tissu est lardacé, nacré ; le sternomastoidien est déprimé et on ne trouve pas de sang extravasé et coagulé entre les muscles de la région. Sur le corps, aucune trace de violence. Pas trace d'éjaculation : verge semi-turgide.

Tête : Cuir chevelu excessivement épais. — Crâne très petit. Calotte osseuse dure et dense, peu épaisse, frontal pariétaux, minces. — Pas d'asymétrie appréciable de la base du crâne. — Dure-mère très épaisse. — Poids total de l'encéphale : 770 grammes. — Pas d'injection de la pie-mère. — Artères de la base, chiasma, tubercules mamillaires, pédoncules, réguliers, normaux et symétriques. — Cervelet et isthme : 130 grammes ; cervelet seul, 110 grammes. — Hémisphères cérébelleux égaux, rien à la coupe. — Pro-tubérance, bulbe, quatrième ventricule, rien.

Hémisphères cérébraux. — Le droit a 16 centimètres de longueur ; le gauche, tout en paraissant plus court à la vue, donne le même chiffre à la mensuration. Il pèse 5 grammes de plus que le droit.

Hémisphère cérébral gauche. — La pie-mère s'enlève très facilement ; le ventricule latéral est petit dans toutes ses cavités ; rien à la corne d'Ammon, ni à la coupe des corps opto-striés.

Face interne. — La scissure calloso-marginale, les sillons des circonvolutions sont très profonds. — La circonvolution du corps calleux et la face interne de la première frontale sont très peu plissées ; de même le lobule paracentral, dont le sillon est reporté en avant ; rien de particulier au lobe carré ni au coin, qui sont rudimentaires. La 4^e et la 5^e circonvolutions frontales sont nettement dessinées. Scissures perpendiculaire, externe et calcarine régulières.

Face externe. — Lobule de l'insula peu plissé, 3^e circonvolution frontale bien dessinée ; première et seconde circonvolutions frontales très courtes et presque confondues ; frontale et pariétale ascendantes régulières ainsi que le pli courbe, les trois circonvolutions temporales sont nettes ; le lobule du pli-courbe, le lobule pariétal, le lobe occipital sont très distincts, très simples et sans circonvolution

supplémentaire. — D'une façon générale, les circonvolutions sont fermes et remarquablement peu plissées.

Hémisphère droit. — Décortication facile, ventricule latéral très petit; même disposition que du côté opposé, même simplicité des circonvolutions. Pas de sillon au lobule paracentral; rien à la corne d'Anmon.

Moelle. — Plusieurs coupes n'ont pas fait découvrir de sclérose des cordons postérieurs.

Thorax. — Quelques adhérences pleurales du côté droit, pas d'ecchymose sous pleurale. Les poumons s'affaissent incomplètement, ils sont un peu œdématisés. A la coupe, il s'échappe une notable quantité de sang, surtout des lobes inférieurs. Pas d'emphysème évident. Les bronches sont rosées, un peu injectées; le larynx n'offre ni ecchymose, ni fracture. Le cœur pèse 350 grammes; pas d'ecchymose péricardique ni sous-endocardique; quelques plaques laiteuses, surtout sur la face antérieure des ventricules; légère surcharge graisseuse au niveau des sillons; tissu ferme, hypertrophie du ventricule gauche, dont le bord externe est tordu en S; la cavité du ventricule gauche est légèrement rétrécie, et sa paroi mesure trois centimètres d'épaisseur à sa base; légère opacité de la valvule mitrale dont le bord libre est épaissi sur certains points, sans toutefois présenter de nodosités. A l'insertion inférieure d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, on trouve des nodosités calcaires. Dans le cœur droit, accumulation de caillots cruoriques. Sur l'aorte, au-dessous de la carotide primitive gauche, quelques plaques calcaires d'athérome. Rien aux carotides.

Abdomen. — Aucune altération de l'œsophage; la muqueuse stomacale offre de nombreuses et fines ecchymoses au niveau du petit cul-de-sac, du grand cul-de-sac, et de la courbure; le foie pèse 1450 grammes, pas d'ecchymoses, de kyste, ni de calcul; la rate pèse 90 grammes, pas d'ecchymose, ni de périsplénite, normale à la coupe; les reins sont égaux, pèsent 175 grammes chacun, se décortiquent facilement et n'offre aucune lésion à l'œil nu. Aucune altération de la vessie ni de la prostate. Dans le testicule gauche, un petit kyste séreux entre la tête de l'épididyme et la glande.

RÉFLEXIONS. — L'histoire de Chér... présente un certain nombre de particularités qui méritent d'être mises en relief.

I. L'alcoolisme d'une part, l'existence d'accidents névropathiques de l'autre nous paraissent avoir exercé une

action sur la condition cérébrale de notre malade. Cette hypothèse trouve encore sa justification dans ce fait que son frère a été atteint d'aliénation mentale.

II. L'épilepsie est survenue à 18 ans, sans aucun prodrome, à la suite d'une peur, sa marche semble avoir été assez singulière. Il y aurait eu une première période durant laquelle on n'aurait observé qu'un accès, suivant une version, un certain nombre d'accès portant sur deux années environ, d'après une autre version. Ensuite, il se serait produit une rémission, qui se serait prolongée jusque vers 46 ans. Peu après le retour des accès, Ch. est entré à Bicêtre où l'on a noté d'abord de nombreux vertiges, puis des accès multipliés (201 en 1873), enfin, une disparition complète des crises en 1881.

III. L'état intellectuel de ce malade n'offrait rien de bien saillant tout d'abord ; mais un examen attentif montrait que si Chér... était doué d'une imagination assez vive, avait une élocution facile, les autres facultés intellectuelles étaient plutôt au-dessous du degré moyen. Ses allures, son bizarre accoutrement, sa manie de collectionner des objets disparates et de peu de valeur, rappelaient ce qu'on observe assez souvent chez les insuffisants, les imbéciles, etc.

IV. L'examen de son cerveau est extrêmement curieux ; ce dernier ne pesait que 640 gr. Les circonvolutions sont réduites aux circonvolutions élémentaires ; c'est, en quelque sorte, un cerveau d'étude (1). Toutes les circonvolutions sont très distinctes ; il n'y a pas de plis de passage. Des sillons assez profonds les séparent nettement les uns des autres. Notons aussi le développement assez accusé des lobes paracentraux et des lobes carrés. Ces derniers, ainsi que les lobes occipitaux, offraient d'assez nombreux sillons superficiels et les circonvolutions, sans être indurées, avaient, dans une certaine mesure, l'apparence de circonvolutions atrophiées.

Nous profitons du fait qui précède pour mettre sous les yeux de la *Société anatomique* le moulage du cerveau d'un autre *microcéphale*, atteint d'*idiotie* et d'*épilepsie*. Ce

(1) Voir des planches publiées à ce sujet dans les *Archives de Neurologie*. 1882. Juillet et août.

moulage avait été fait, sur la recommandation de Broca, qui l'avait présenté à la *Société d'Anthropologie*. Les *Bulletins de la Société* ne font que mentionner cette présentation, et ne contiennent aucune note clinique sur le malade, ni aucune description anatomique. Mais, récemment, dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Ducatte a étudié ce moulage, en a fait une description minutieuse. D'autre part, l'un de nous, il y a une vingtaine d'années, avait recueilli quelques notes sur le malade qui appartenait au service de M. Delasiauve; et, de plus, il savait que ce médecin distingué avait aussi consacré quelques pages très-intéressantes à ce malade dans un mémoire intitulé : *Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots* (page 19).

Nous avons pensé qu'il était utile de rassembler ces divers documents et de reconstituer ainsi une observation qui mérite d'être rapprochée de la première.

OBSERVATION II. — *Père : hébétude passagère, consécutive à une grande application de la musique. — Sœur : idiote. — Deux frères : Mobilité. — Idiotie. — Microcéphalie. — Quelques succès d'éducation.*

Edern (Auguste), âgé de 16 ans, est entré à l'asile de Bicêtre (service de M. DELASIAUVE) le 13 janvier 1850.

Antécédents. — Son père, employé, paraît assez capable; serait tombé, pendant un certain temps, par suite de trop grande application à la musique, dans un état d'hébétude profonde. Ce serait à ce moment-là que la mère de notre malade serait devenue enceinte de lui. Une sœur, morte idiote. Deux frères bien constitués, mais d'une mobilité extrême.

Examen du malade. — La tête est assez bien conformée mais excessivement petite, elle est aussi légèrement déprimée au-dessus des sourcils. Tout le reste du corps est normalement conformé.

Attitude. — Son regard est stupide, sa démarche, ses gestes, tout en lui dénote la lourdeur et l'hébètement. Il est presque constamment en mouvement, faisant des gestulations incohérentes; il salive de temps en temps.

Parole. — Son vocabulaire est excessivement restreint et se réduit à quelques mots qu'il articule confusément : « Non, papa, maman, chameau, cochon. » On est parvenu à l'étendre un peu et à lui faire appeler plus ou moins bien

les personnes du service « M. Dezairs, MM^{es} Morel, Coutarel. »

Caractère. — Il a des périodes de calme où sa physionomie est douce; dans d'autres, au contraire, il est sujet à des accès de colère difficiles à réprimer. Il a une sorte de besoin d'approbation; il est sensible à la flatterie; un refus, une préférence provoquent son ressentissement et le rendent maussade et lui font repousser, avec un dédain irrité, les offres les plus séduisantes. La vue d'objets éclatants, la musique lui causent une vive impression et lui arrachent des transports frénétiques. « Beau ça! ». En dehors de ces stimulants assez vifs, son attention est difficile à fixer.

« Rien n'avait été tenté pour cet idiot dans l'asile, dit M. Delasiauve, lorsqu'un sentiment de bienveillance porta M. Dezairs à s'en occuper. Connaissant son genre d'impressionnabilité, il réussit aisément à captiver son intérêt par les modulations variées de divers instruments, et notamment par les sons tantôt bruyants et rapides, tantôt graves et cadencés du tambour. Edern était donc susceptible d'attention. Première conquête. Pouvait-il le devenir de réflexion? C'était une épreuve à tenter. L'achat de quelques jouets pour la Section nous fournit bientôt l'occasion d'expérimentations curieuses.

Parmi ces jouets, se trouvaient des pistolets canonnières; Edern s'en était épris. Leur détonation le réjouissait: « Beau, ça! » s'écriait-il en riant aux éclats, en trépidant de plaisir et en agitant tumultueusement ses bras; puis, tendant l'oreille pour mieux entendre: « Encore! encore! » ajoutait-il.

Il apprit d'abord le premier des trois temps dont le tir se compose. Plusieurs séances furent nécessaires. Ses yeux au début erraient vaguement sur l'arme sans s'y fixer. Dès qu'on eut triomphé de cette inattention, on passa au mécanisme de la manœuvre.

Mais en vain lui maintenait-on la main gauche sur le canon, en forçant l'autre à pousser brusquement la tige; aussitôt qu'on cessait de le diriger, il abandonnait l'instrument, ou du moins l'opération avortait, soit par suite d'une pression incertaine et inégale, soit en raison du déplacement des doigts, venant malencontreusement appuyer sur le bouchon, se prendre dans la corde où s'interposer entre le manche du piston et l'extrémité inférieure du tube.

La constance, toutefois, eut raison de l'inaptitude. Edern finit par réussir, et ce succès flatta tellement son amour-propre qu'il fut empressé de renouveler les explosions, et devint fort attentif aux deux phases du charge-

ment, dont il comprit très rapidement la succession. Il put retirer le piston sans obstacle; mais il en fut tout autrement pour l'introduction du bouchon, qu'il faisait entrer dans le tube par le gros bout, en travers ou imparfaitement, et qui ne put être surmonté qu'après de nombreuses tentatives.

Ce développement rudimentaire parut d'ailleurs l'instigateur d'une sorte de réveil intellectuel révélé tout à la fois par des traits moins obtus, une manifestation plus modérée des impressions, et par une certaine initiative. Edern variait spontanément son tir, se servant des deux mains où d'une seule, appuyant la crosse du pistolet sur sa poitrine, sur le parquet ou sur un meuble, imprimant au canon des directions diverses, ripostant aux attaques, et trahissant sa satisfaction quand, feignant d'être atteint, son adversaire lui laissait croire au succès de son tir.

Le maniement du pistolet-canonniers ne fut pas le seul essai tenté. Edern eut à faire fonctionner un de ces moulins à vent, qui tournent par le va-et-vient d'une ficelle enroulée sur l'axe qui supporte les ailes.

Céder et reprendre à propos, pour que la rotation s'effectue tour à tour et sans intermission dans un double sens, constituent ici une difficulté qu'on ne surmonte pas toujours immédiatement. L'idiot surtout continue la traction, et le mouvement cesse. A notre vive surprise, Edern s'est formé assez promptement à cet exercice. Une chose plus simple, en revanche, a été plus péniblement obtenue. La résistance d'Edern pour le jet de la boule, dont on fait usage dans les jeux de quilles, a été opiniâtre et longue. Il la laissait rouler à ses pieds, faute, en partie, de pouvoir fixer ses doigts dans les trous. Maintenant, il réussit à lui faire parcourir une certaine distance. Toutefois, cet acte est fait sans rectitude et sa visée demeure incertaine.

Au jeu de tonneau, le résultat est encore incomplet, mais non tout à fait stérile. Bien que mal lancés ou s'égarant au hasard, en deçà ou au delà du but, ses palets mesurent, en vacillant, une proportion plus exacte. Pour le cerceau, après avoir paru très longtemps étranger au mécanisme de sa marche, il laisse voir, aujourd'hui, la volonté de le conduire. Dans les batteries de tambour, au lieu d'emmêler les baguettes de les saisir par le gros bout ou le milieu, et d'en atteindre à chaque fois les rebords de la caisse, il commence à alterner le choc des olives à la place voulue et avec une certaine régularité.

Au gymnase, nous avons, le prenant à part, obtenu en bien des points des progrès relatifs : il monte et descend à

une échelle ordinaire, s'y retournant, non sans hésitation, d'avant en arrière et réciproquement; il se tient à la force des poignets, soit suspendu aux degrés de l'échelle transversale, soit soulevé sur les barres parallèles, ou il se prête aux mouvements qu'il voit accomplir; la course volante en rond, la balançoire ont le don de le passionner; graduellement, il est parvenu à exécuter assez prestement le saut en s'élançant d'une hauteur d'environ un mètre ou en franchissant une corde tendue à *trente* ou *quarante* centimètres au-dessus du sol; il conduit enfin, sans trop dévier de l'équilibre, une brouette remplie de terre ou de sable.

Par un effet nécessaire et logique, ces perfectionnements ont heureusement réagi sur les virtualités conceptives, artistiques et morales. Les facilités croissant avec les désirs, la vie commune est devenue tout à la fois, pour Edern, une source d'utiles enseignements et de plaisirs variés. L'imitation spontanée amena chaque jour une conquête imprévue dans les actions usuelles.

Il a seul appris, pour ainsi dire, à fermer comme à ouvrir les portes et les croisées, à écarter où à approcher les rideaux, à déployer ou à replier un parapluie, à laver ses mains, et une foule d'autres soins auxquels antérieurement il était incapable de s'appliquer. Dans nos visites auxquelles ils s'associe fréquemment, portant avec gravité les cahiers des élèves, s'il nous arrive d'explorer attentivement un malade, lui aussi penche l'oreille pour ausculter, pose la main pour tâter le pouls, et prend son air le plus bénin et son accentuation la plus douce pour témoigner sa compassion.

L'expansion succédant à l'inertie, une physionomie plus ouverte et plus sereine, une attitude plus décente, moins de tendance à l'irritation et à la colère, des démonstrations plus senties et plus affectueuses, l'enrichissement du langage par une multitude de mots, nés de l'accroissement des pensées et du besoin de les traduire, telle est, au point de vue de la sensibilité, la transformation subie par Edern: transformation remarquable surtout pour ceux qui peuvent remonter au point du départ. Elle nous laisserait l'espoir et la confiance d'appliquer un jour cet intéressant idiot à quelque fonction utile, si malheureusement les crises nerveuses auxquelles il est sujet ne revenaient, à de courts intervalles, anéantir les forces corporelles, opprimer le jugement et menacer l'existence. »

Description du cerveau. — La plus grande longueur du cerveau, 128 millimètres; de l'extrémité frontale antérieure à la scissure de Rolando, le long du bord sagittal, 88 mill.:

de la scissure de Rolando à la scissure occipitale externe; 36 millimètres; de celle-ci au pôle occipital, 23 mil.

La plus grande largeur du lobe frontal, 85 mil.; du lobe temporal, 98 mil.; du lobe occipital, 73 mil. La plus grande hauteur, 60 mil., et la circonférence horizontale, 377 mil.

La longueur réduite à 100, on a les proportions suivantes: longueur du lobe frontal, 68,75; du lobe pariétal, 28,12; du lobe occipital, 17,96; largeur du lobe frontal, 66,40; du lobe pariéto-temporal, 76,56; du lobe occipital, 57,03; la plus grande hauteur, 46,87; la circonférence horizontale, 294,53.

En comparant Edern à la négresse de Baillarger, on trouve les différences suivantes proportionnellement à la longueur totale:

En faveur d'Edern, longueur du lobe frontal, 4,62; largeur du même lobe, 2,27.

En faveur de la négresse, longueur du lobe pariétal, 7,74, et du lobe occipital, 5,95; largeur du lobe temporal, 13,65 et du lobe occipital, 3,83; plus grande hauteur, 13,99; circonférence horizontale, 8,73.

Les lobes frontaux sont aplatis et très allongés, mais ils paraissent moins pointus en avant que ceux de la négresse. La scissure de Rolando est inclinée en arrière dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs qui forment, au niveau de la deuxième circonvolution frontale, avec le tiers inférieur presque vertical, un angle à sommet antérieur; c'est le seul coude de la scissure de Rolando et il est beaucoup plus marqué à gauche. L'extrémité inférieure de la scissure de Rolando s'arrête à une assez grande distance au-dessus de la scissure sylvienne et en arrière de la fosse, comme chez le fœtus de huit à neuf mois (1). La circonvolution prérolandique est très mince et se fusionne en grande partie dans sa moitié supérieure avec la première circonvolution frontale. A droite, elle est divisée vers la moitié, au niveau du premier sillon frontal, par une incisure perpendiculaire sur la scissure de Rolando et continue avec elle, mais non continue avec les extrémités inférieure et supérieure des parties supérieure et inférieure du sillon prérolandique entre lesquelles elle passe. Cette incisure paraît avoir pour analogue à gauche une petite bifurcation antérieure du sommet du coude de la scissure rolandique gauche qui est aussi au niveau de l'extrémité postérieure du premier sillon frontal, mais qui est trop courte pour produire aucune circonvolution prérolandique;

(1) Ecker.—Zur Enwicklungsgeschichte des Furchen und Windungen der grosseren Hemisphären im Fœtus des Menschen. In *Archiv. für Auth.* Bd III, 1870.

de sorte que le premier sillon frontal semble avoir eu, des deux côtés, tendance à se prolonger jusqu'à la scissure de Rolando avec les deux premières circonvolutions frontales, remplaçant par leur extension la circonvolution prérolandique disparue. A gauche, au-dessous de la courte incisure bifurquée du coude rolandique, la circonvolution prérolandique est divisée, dans son quart inférieur, par une incisure transversale continue avec le deuxième sillon frontal et la partie inférieure du sillon prérolandique.

Le sillon prérolandique est, des deux côtés, divisé en deux parties par l'anastomose de la deuxième circonvolution frontale avec la prérolandique. Sa partie supérieure n'est guère représentée que par des vertiges isolés, d'aspect foetal; à droite, par une ligne peu marquée qui s'étend obliquement du tiers supérieur de la scissure de Rolando à l'incisure perpendiculaire émanée du tiers inférieur de la même scissure; à gauche, par le sommet bifurqué de l'incisure longitudinale de la première circonvolution frontale, puis, plus bas, par une dépression triangulaire isolée entre l'extrémité antérieure du premier sillon frontal et le coude de la scissure de Rolando. La partie inférieure du sillon prérolandique est constituée à droite par un sillon droit, qui s'étend de l'incisure perpendiculaire émanée du tiers inférieur de la scissure de Rolando jusqu'au milieu du bord supérieur de la fosse de Sylvius, et qui est continu à sa moitié avec le deuxième sillon frontal; à gauche, elle est plus courte, elle naît à angle droit du deuxième sillon frontal, de manière à représenter la branche verticale d'un T, dont la branche horizontale gauche serait le deuxième sillon frontal et la branche horizontale droite, l'incisure du quart inférieur de la circonvolution prérolandique dont j'ai parlé; son extrémité inférieure se recourbe en arrière, sur le bord de la scissure de Sylvius, au-dessous de l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando.

La première circonvolution frontale occupe la plus grande partie du lobe frontal, de sorte que les autres circonvolutions du lobe semblent refoulées et atrophiées à son avantage; à droite, elle semble s'étendre jusqu'à la scissure de Rolando en refoulant en bas et en arrière la circonvolution prérolandique. Des deux côtés, elle présente l'incisure longitudinale propre à l'homme; cette incisure est plus longue à gauche, où elle se termine en arrière par une bifurcation qui représente la partie supérieure du sillon prérolandique à droite, elle gagne obliquement en arrière le bord sagittal de l'hémisphère, sans bifurcation.

A gauche, le premier sillon frontal est situé au milieu du

lobe frontal; simple en arrière, il se bifurque en avant en deux branches dont l'inférieure se recourbe en arrière et en bas pour gagner le bord de la fosse sylvienne en s'unissant au deuxième sillon frontal, de sorte que la deuxième circonvolution frontale est complètement séparée de l'étage orbitaire. A droite, une disposition analogue: le premier sillon frontal est bifurqué aussi à ses deux extrémités; toutefois, la branche inférieure de l'extrémité antérieure ne se recourbe pas en arrière comme à gauche, mais elle est séparée par un faible intervalle d'un sillon oblique en bas et en arrière, se perdant dans le bord sylvien à peu de distance de l'extrémité antéro-inférieure du deuxième sillon frontal et analogue par sa position à la branche recourbée qui unit à gauche les extrémités antérieures du premier et du deuxième sillons frontaux.

La deuxième circonvolution frontale des deux côtés est très petite, refoulée de telle sorte par la première qu'elle semble avoir perdu ses connexions normales avec la prérolandique en arrière et l'étage orbitaire en avant. En arrière, elle s'anastomose par sa très mince racine avec la première circonvolution frontale et la prérolandique. Puis, elle s'anastomose avec la troisième circonvolution frontale comme chez les nègres, séparant ainsi le deuxième sillon frontal en deux parties. Dans sa partie antérieure, la deuxième circonvolution gauche est, comme je l'ai dit, complètement isolée de l'étage orbitaire par la branche recourbée qui unit le premier et le deuxième sillon frontal en avant. Il n'en est pas de même de la deuxième circonvolution droite qui, sur le bord inférieur de l'hémisphère, un peu en avant de la fosse de Sylvius, s'anastomose par deux petits plis à la troisième frontale et à l'étage orbitaire.

Le deuxième sillon frontal est divisé en deux parties par l'anastomose des deuxième et troisième circonvolutions frontales: une postérieure horizontale, continue en arrière avec la partie inférieure du sillon prérolandique; une antérieure transversale, bifurquée en haut, se terminant en bas en avant de la fosse de Sylvius, isolée à droite, continue à gauche par son extrémité inférieure avec la branche recourbée émanée de l'extrémité antérieure du premier sillon frontal.

La troisième circonvolution frontale est divisée de chaque côté en deux parties, antérieure et postérieure, par l'angle supérieur de la fosse sylvienne et l'incisure longue à gauche, rudimentaire à droite, qui en part pour se diriger en haut et en arrière. L'espace compris entre l'extrémité inférieure de la circonvolution prérolandique et cette inci-

sure est ici extrêmement atrophié; c'est dans la partie la plus postérieure de cet espace qu'est localisée la faculté de la parole : Edern ne put jamais parler. La partie antérieure de la troisième circonvolution, anastomosée largement avec la deuxième circonvolution, paraît fusionnée en avant avec la troisième circonvolution orbitaire, la branche antérieure de Sylvius qui les sépare ordinairement se trouvant ici, sur la face inférieure de l'hémisphère, en partie confondue avec le sillon orbitaire externe.

A la face inférieure, la première circonvolution orbitaire est mince, limitée par le sillon orbitaire interne rectiligne. La deuxième orbitaire, occupant la plus grande partie du lobe, présente des incisures sous-orbitaires en Y comme chez la négresse de Baillarger, c'est-à-dire qu'il n'y a que trois branches de l'H constant chez les primates; chez le fœtus de huit à neuf mois, l'H commence à se former et est complet comme ici. La deuxième circonvolution orbitaire est séparée de la troisième par le sillon orbitaire externe; ce sillon se réunit en avant avec la rainure du bord sylvien et la branche antérieure de Sylvius qui paraît lui faire suite. La troisième circonvolution orbitaire, comprise d'ordinaire entre le sillon orbitaire externe et la branche antérieure de Sylvius, manquerait ici, cet intervalle n'existant pas par suite de la réunion de ces deux sillons. En arrière, le sillon orbitaire externe et le bord sylvien prennent des directions divergentes et limitent la fosse sylvienne dans sa portion inférieure.

La fosse de Sylvius ne s'étend pas normalement sur la face inférieure de l'hémisphère, et la vallée de Sylvius commence sur le bord externe de cette face. Mais, ici, la fosse semble avoir subi, comme les deuxième et troisième circonvolutions frontales, une dépression de haut en bas et d'avant en arrière, d'où serait résulté son refoulement partiel sur la face inférieure. A droite, la partie inférieure de la fosse sylvienne est presque séparée de sa partie supérieure par le rapprochement du lobe temporal et de la troisième circonvolution frontale, qui ne laissent entre eux qu'un intervalle étroit. A gauche, cet intervalle est plus large. La fosse de Sylvius, bien plus petite à droite qu'à gauche, laisse à découvert l'insula qui est lisse et non saillante; elle est entourée par la troisième circonvolution frontale, la prérolandique et le lobe temporal. Son angle antéro-supérieur est le point de départ d'une incisure oblique en haut et en arrière, longue à gauche, rudimentaire à droite, qui paraît être la branche ascendante de Sylvius. D'ordinaire, cette branche est verticale ou oblique en haut et en avant; sa direction

anormale est peut-être le résultat du trouble du développement du lobe frontal, dans lequel la première circonvolution qui est énorme semble avoir refoulé en bas et en arrière les autres circonvolutions et la branche ascendante avec la troisième circonvolution : en effet, ni chez les autres primates, ni chez le fœtus humain, la branche ascendante n'est dirigée en arrière. Chez le fœtus, elle commence à se former vers huit mois par la bifurcation de la branche antérieure primitive ; à ce moment, l'ensemble des branches antérieure et ascendante présente la forme d'un Y à longue queue ; cette queue diminue de plus en plus, en même temps que les branches s'allongent ; mais, ce n'est qu'après la naissance que la queue a tout à fait disparu et que l'Y est remplacé par un V (Ecker, *loc. cit.*) ; les branches antérieure et ascendante interceptent alors dans la troisième circonvolution frontale un espace angulaire qui est le cap de la troisième circonvolution ; ordinairement, le sommet du cap ne reste pas aigu et l'origine des deux branches est séparée par une distance de quatre à cinq millimètres, quelquefois, de sorte que le V est devenu un U (1). Il semble donc que l'évolution des branches antérieures de Sylvius se fasse de telle façon que leur ensemble présente avant la naissance la forme d'un Y, après la naissance la forme d'un V, puis d'un U. La forme en Y s'observe aussi après la naissance, mais alors c'est sur les cerveaux peu riches en circonvolutions (Broca, *loc. cit.*, p. 20), par conséquent mal développés. Edern présentant les deux branches sylviennes antérieures, il serait rationnel qu'elles eussent la forme en Y, ordinaire dans les cerveaux peu riches en circonvolutions ; mais il n'en est rien ; la branche antérieure et la branche ascendante sont tellement éloignées qu'on ne peut plus même dire que le cap a la forme d'un U. Le développement s'est fait dans un sens anormal : la troisième circonvolution, fusionnée en partie avec la deuxième, a été refoulée en bas et en arrière par la masse de la première, et l'écrasement du cap l'a aplati et allongé sur le bord de la fosse sylvienne.

Comment se comportent les deux branches sylviennes antérieures dans la série des primates ? Les deux branches manquent toujours chez les pithéciens ; chez les anthropoïdes, la branche antérieure est constante ; elle existe seule chez le gibbon et quelquefois même chez l'orang et le chimpanzé ; le plus souvent, l'orang et le chimpanzé ont les deux branches, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux

(1) Broca. — *Sur le cerveau du gorille ; sur le grand lobe limbique.* dans *Rev. d'Anth.*, 1878, 20.

côtés; chez l'homme, les deux branches sont constantes (Broca, *loc. cit.*, p. 22). Chez Edern, la branche ascendante, longue à gauche, est rudimentaire à droite, ce qui lui donne une analogie avec certains orangs et chimpanzés; mais cette analogie est la seule.

La scissure de Sylvius proprement dite a déjà dépassé, par son extrémité antérieure, la scissure de Rolando, comme chez le fœtus de huit mois (Ecker, *loc. cit.*). Des deux côtés, elle est normalement inclinée en arrière, rectiligne, terminée par une bifurcation rudimentaire. A droite, il n'y a pas d'incisures pariétales, mais une incisure temporale rudimentaire; à gauche, il y a deux incisures pariétales très rudimentaires, indiquées seulement par une petite dépression triangulaire; sous le rapport des incisures pariétales, Edern peut être comparée au gibbon et aux pithéciens (Broca, *loc. cit.*, p. 226).

Des deux côtés, la circonvolution post-rolandique, verticale dans son tiers inférieur, s'infléchit ensuite en arrière, comme la scissure de Rolando; elle s'anastomose à ses extrémités supérieure et inférieure avec la première et la deuxième circonvolutions pariétales. A droite, elle est mince à ses extrémités et beaucoup plus large à sa partie moyenne. A gauche, elle est presque rectiligne, sans aucune incisure.

Le sillon post-rolandique est interrompu et continu avec le sillon pariétal, avec lequel il forme une étoile à quatre branches dont le centre est constitué à droite par une profonde dépression. En arrière de cette étoile, une anastomose de la première et de la deuxième circonvolutions pariétales sépare le sillon pariétal en deux fragments: l'antérieur étoilé, le postérieur différent des deux côtés; à droite, il est horizontal et continu avec la scissure occipitale externe; à gauche, il est vertical et parallèle à la scissure occipitale externe dont il est séparé par le premier pli de passage superficiel.

La première circonvolution pariétale présente sur le bord sagittal une incisure courbe qui est la terminaison de la scissure sous-frontale; chez les hommes et les anthropoïdes, la scissure sous-frontale se termine ainsi, tandis que, chez les autres primates, elle ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face interne (Broca, *loc. cit.*, p. 491.) A droite, une seconde incisure courbe, postérieure à la première, se continue avec elle. A sa partie moyenne, la première circonvolution s'unit à la deuxième par un petit pli d'anastomose. Chez le fœtus, d'après Ecker et Pansch, le sillon pariétal, de six à huit mois, est formé de deux parties

séparées par un espace où les deux circonvolutions pariétales sont anastomosées; ces deux parties se rejoignent de huit à neuf mois, et par suite l'anastomose des deux circonvolutions est supprimée; ce n'est que chez les hommes supérieurs que, dans le cours de la vie, cette anastomose se rétablit par l'atrophie du lobe pariétal qui subit une évolution inverse du lobe frontal et dont les circonvolutions se fusionnent chez Edern; le petit pli d'anastomose est dû à la persistance d'un état embryonnaire, et sa petitesse indique que les deux parties du sillon étaient sur le point de se rejoindre à ce moment; par suite, il est dans l'état d'un embryon de huit mois environ. La première circonvolution pariétale droite est complètement séparée du lobe occipital, le premier pli de passage étant tout à fait profond. A gauche, le premier pli de passage est superficiel, quoiqu'un peu renfoncé; il contourne la scissure occipitale externe pour ne l'interrompre qu'au niveau de la deuxième circonvolution pariétale, de sorte que, des deux côtés, la scissure occipitale forme calotte, comme chez les pithécien.

La deuxième circonvolution pariétale, mince dans sa partie antérieure qui se continue avec la première temporale, s'élargit vers l'extrémité du premier sillon temporal, dans sa partie postérieure qui présente plusieurs incisures continues avec le sillon pariétal ou le sillon temporal et se continue avec la deuxième temporale. A droite, la deuxième pariétale ne communique pas avec le lobe occipital, le deuxième pli de passage étant tout à fait profond comme le premier, de plus, de ce côté, le troisième pli de passage lui-même est profond et la deuxième temporale est complètement séparée du lobe occipital; le troisième pli de passage est constant et toujours superficiel chez les primates, même les plus inférieurs. A gauche, le deuxième pli de passage est superficiel quoiqu'un peu enfoncé, comme le premier; une dépression longitudinale très superficelle, mais large de 2 ou 3 millimètres, qui part du bord antérieur de la scissure occipitale externe, se prolonge entre cette scissure et la partie du sillon pariétal qui lui est parallèle de ce côté et se continue jusqu'au sillon occipital latéral, sur la limite du lobe occipital, sans être interrompu par les plis de passage qui s'enfoncent légèrement en la traversant; cette dépression est comme une ébauche ou un vestige d'une scissure occipitale primitive analogue à celle du côté droit, où les trois premiers plis de passage auraient été profonds aussi; à une certaine époque, la scissure occipitale gauche aurait donc été semblable à la droite, mais le développement, au lieu d'être arrêté complètement comme à droite,

n'aurait été qu'interrompu à gauche, de sorte que, en définitive, le côté gauche présenterait un état d'évolution plus avancé que le côté droit.

Le premier sillon temporal, presque rectiligne, ne dépasse pas l'extrémité de la scissure de Sylvius en arrière, mais, à droite, deux longues incisures s'enfoncent profondément dans la deuxième circonvolution pariétale; de plus, ce sillon fournit à droite 2 incisures transversales à sa partie moyenne; des deux côtés, il se termine en avant par deux petites incisures bifurquées à une grande distance du pôle temporal. Etern présente d'ailleurs une fusion très remarquable des circonvolutions temporales dans leur partie antérieure, et les trois premiers sillons temporaux ont leur extrémité antérieure à une grande distance en arrière du bord antérieur du lobe temporal. Au contraire, chez la négresse de Baillarger, les sillons temporaux s'étendaient en avant jusqu'au bord antérieur du lobe temporal, séparant les circonvolutions temporales dans toute leur étendue.

La première circonvolution temporale s'anastomose avec la deuxième temporale en avant et la deuxième pariétale en arrière. La deuxième circonvolution temporale s'anastomose avec la deuxième pariétale en arrière, et, en avant, avec les troisième et quatrième temporales fusionnées; à gauche, elle présente en outre avec la quatrième occipitale une petite anastomose qui sépare le deuxième sillon temporal du sillon occipital latéral. D'ailleurs, à gauche, il n'y a aucun des sillons temporaux qui se continue en arrière avec les sillons occipitaux; il en est autrement à droite, où tous les sillons temporaux se continuent sur le lobe occipital, comme c'est l'ordinaire.

Les lobes occipitaux sont très petits. Comme je l'ai déjà dit, ils forment calotte, surtout à droite où les trois premiers plis de passage sont profonds; le lobe gauche forme aussi calotte, bien que les plis de passage ne soient pas profonds, parce que le premier pli de passage se trouve au niveau de la deuxième circonvolution pariétale et que, par suite, la scissure occipitale externe n'est interrompue qu'à une certaine distance du bord sagittal de l'hémisphère. Le lobule sus-occipital est limité à gauche par un sillon occipital latéral non continu en avant avec le deuxième sillon temporal, s'étendant horizontalement sur la face postérieure où vient aboutir, au-dessous de son extrémité interne, une branche horizontale qui est la terminaison de la scissure calcarine à la face externe. A droite, le sillon occipital latéral est continu en avant avec le deuxième sillon temporal et la scissure occipitale externe; en arrière, il se termine

par une incisure transversale à peu de distance de la scissure calcarine, qui, de ce côté aussi, vient se terminer sur la face externe.

Entre le sillon occipital latéral et la scissure calcarine s'étend le lobule sous-occipital, formé des quatrième et cinquième circonvolutions occipitales, continues en avant avec les troisième, quatrième et cinquième temporales. La quatrième occipitale s'unit avec les troisième et quatrième temporales fusionnées; la cinquième occipitale avec la cinquième temporale par le pli de passage occipito-hippocampique. A gauche, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon linéaire qui, en avant, s'arrête à un peu plus d'un centimètre du bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière, dans la portion antérieure de la cinquième circonvolution occipitale où la cinquième temporale s'anastomose avec la cinquième occipitale et celle-ci avec la troisième et la quatrième temporales fusionnées. A droite, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon très long qui, en avant, s'étend presque jusqu'au bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière, se bifurque en deux branches dont l'externe sépare la quatrième de la cinquième circonvolution occipitale et l'interne se perd dans la cinquième occipitale, près de l'extrémité antérieure de la scissure calcarine. Chez les singes, chez beaucoup de nègres et d'idiots, la circonvolution temporale se fusionne avec la quatrième dans la partie postérieure et en est séparée en avant par un sillon étendu jusqu'à la vallée de Sylvius et représentant la partie antérieure de la scissure limbique. Chez les hommes des races supérieures, les quatrième et cinquième circonvolutions temporales sont complètement fusionnées en avant, séparées en arrière (Broca, *loc. cit.*, p. 85). Chez Edern, les deux dernières circonvolutions temporales sont presque complètement séparées en avant; cependant, le sillon ne s'étend pas jusqu'à la vallée de Sylvius, comme chez les hommes inférieurs et les singes. En arrière, la séparation est complète à droite, presque complète à gauche, tandis que, chez les hommes inférieurs, les circonvolutions, séparées en avant, sont fusionnées en arrière. En somme, chez Edern, la fusion est à peine aussi avancée dans son ensemble que chez les hommes des races inférieures et les singes.

La scissure calcarine droite communique avec la scissure occipitale interne, c'est-à-dire que le pli de passage cunéo-limbique ou rétrolimbique supérieur est profond. Après s'être unie à la scissure occipitale interne, la scis-

sure calcarine, au lieu de se prolonger en avant jusqu'au-près de la fente de Bichat, comme c'est l'ordinaire chez l'homme et les singes, s'infléchit à angle droit, et d'horizontale devient verticale pour se terminer un peu en avant de l'extrémité postérieure du quatrième sillon temporo occipital. De cette déviation en bas de la scissure calcarine, il résulte que le corps calleux communique avec la circonvolution de l'hippocampe par un pli superficiel beaucoup plus gros que normalement chez l'homme et les singes. Ce prolongement vertical de la scissure calcarine représente parfaitement un vestige anormal de la scissure sous-pariétale des mammifères gyrencéphales osmatiques et des anosmatiques aquatiques, qui n'est normalement représentée chez les primates que par un seul vestige, l'incisure sous-pariétale (Broca, *loc. cit.* p. 488). On peut même dire que la scissure calcarine, au lieu de se prolonger ici dans le grand lobe limbique comme chez les primates, ne dépasse pas la portion sagittale de l'hémisphère et se termine dans la partie inférieure de la scissure sous-pariétale, comme chez le cheval et le chameau. En effet, chez les osmatiques qui ont un sillon calcarin divisant le pli rétrolimbique en deux portions, c'est-à-dire chez la plupart des pachydermes et chez tous les ruminants, le sillon calcarin ne pénètre pas dans le lobe limbique, il l'atteint chez le chameau et le cheval et ne l'incise que chez les primates (Broca, *loc. cit.* p. 443). Une disposition analogue se voit chez le fœtus de huit mois (Ecker, *loc. cit.*). La scissure calcarine ne pénètre pas dans le lobe du corps calleux, mais s'infléchit en bas comme chez Edern; elle va même rejoindre le quatrième sillon occipito-temporal, séparant ainsi complètement la cinquième occipitale de la cinquième temporale, de sorte que le pli rétrolimbique inférieur est profond comme le pli rétrolimbique supérieur ou cunéolimbique; au contraire, chez Edern, du côté droit, le prolongement vertical de la scissure calcarine ne rejoint pas le quatrième sillon temporal et ne coupe pas complètement le pli rétrolimbique inférieur, qui reste superficiel. Chez le cheval et le chameau, les deux plis rétrolimbiques sont superficiels.

A gauche, la scissure calcarine est parallèle à la scissure occipitale interne et en est très rapprochée; son extrémité antérieure se termine en avant de l'extrémité antérieure de la scissure occipitale interne, dans une dépression quadrilatère, dont les angles antérieurs et postérieurs se prolongent en branches étoilées. La branche supérieure pénètre dans le lobule quadrilatère, au-dessus de l'extrémité antérieure de la scissure occipitale interne, dont elle semble

représenter la portion antérieure, continue comme d'ordinaire avec la scissure calcarine, mais séparée anormalement de la portion postérieure de la scissure occipitale interne comme par une compression d'avant en arrière. Si on examine le lobe occipital gauche, on y voit un plissement beaucoup plus considérable qu'à droite, les sillons occipitaux sont multipliés, leur continuité ordinaire avec les sillons temporaux est interrompue; la scissure calcarine est devenue parallèle à la scissure occipitale interne, et le cunéus est, par suite, linéaire; il semble que le lobe quadrilatère, très développé, ait refoulé le cunéus en arrière et en bas et produit par cette compression l'interruption de la scissure occipitale interne et le plissement du lobe sous-occipital. De ce côté, comme à droite, la scissure calcarine ne pénètre pas dans la circonvolution du corps calleux; elle s'arrête dans la portion sagittale de l'hémisphère, comme chez le chameau et le cheval et comme chez le fœtus de huit mois, d'après Ecker. Mais, de ce côté, le vestige qui représente inférieurement la scissure sous-pariétale ne consiste qu'en une courte incisure courbe, limitant en avant le quadrilatère étoilé où se jette la scissure calcarine. Chez l'idiot de cinquante ans, on verra la scissure sous-pariétale beaucoup plus développée encore que chez Edern.

En résumé, chez Edern, la scissure calcarine n'incise pas le grand lobe limbique; il en est de même chez le cheval et le chameau et chez le fœtus de huit mois, d'après Ecker. Chez Edern, le premier pli rétrolimbique est profond, le deuxième est superficiel, tandis que chez le cheval et le chameau, les deux plis sont superficiels, et, chez le fœtus de huit mois, les deux sont profonds.

Le lobule quadrilatère, formé par la partie interne de la première circonvolution pariétale, présente un sillon sous-pariétal presque vertical qui, à gauche, se recourbe en bas, diminuant beaucoup la largeur du pli pariéto-limbique postérieur; du même côté, le pli antérieur rejeté sur le bord sagittal est aussi très réduit et très mince. A droite, une incisure continue avec la scissure sous-frontale coupe presque complètement le pli pariéto-limbique antérieur; Cette incisure est encore un vestige anormal de la scissure sous-pariétale. Chez la plupart des osmatiques, la scissure sous-pariétale se prolonge au-delà du bord sagittal pour constituer le sillon crucial; quelquefois, elle ne dépasse pas le bord sagittal (Broca, *loc. cit.* p. 450.) Il y a ici une disposition analogue; à gauche le sillon sous-pariétal vertical se prolonge presque jusqu'au bord sagittal; à droite, le

sillon est vertical, mais plus court et la terminaison du sillon sous-pariétal est représentée par l'incisure continue avec la scissure sous-frontale. Les deux plis de passage pariéto-linguistiques, très développés chez les primates, existent aussi chez les carnassiers, où ils représentent le premier degré de la fusion effectuée chez les primates entre le lobe du corps calleux et le lobe pariétal et qui fait disparaître presque entièrement la scissure sous-pariétale; ils sont généralement profonds chez les carnassiers; toutefois, le pli antérieur est superficiel chez les chats et le postérieur chez les petits chiens (Broca, *loc. cit.* p. 450). Le lobule quadrilatère droit présente en outre, tout le long de sa partie postérieure, une incisure courbe qui se jette dans la scissure occipitale interne et s'étend du bord sagittal de l'hémisphère à la circonvolution du corps calleux.

La scissure sous-frontale dépasse, en arrière, le bord sagittal de l'hémisphère et se termine à la face externe dans la première circonvolution pariétale, comme chez l'homme et les anthropoïdes, tandis que, chez les autres primates, elle ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face interne (Broca, *loc. cit.* p. 491.) La scissure sous-frontale présente, à droite, une incisure postérieure peu marquée, qui est l'incisure préoculaire. L'incisure préoculaire ne manque que chez les primates les plus inférieurs (Broca, *loc. cit.* p. 491); or, à gauche, l'incisure préoculaire manque, ou du moins est rudimentaire; de ce côté, on voit une incisure oblique sur le bord sagittal, c'est le prolongement anormal de l'incisure longitudinale de la face externe de la première circonvolution frontale, incisure qui est particulière à l'homme. Des deux côtés, la scissure de Rolando ne dépasse pas le bord sagittal et se termine sur la face externe. En avant, la scissure sous-frontale du côté droit présente deux incisures antérieures dans l'intervalle desquelles vient se terminer une incisure non continue de la face externe; l'incisure sous-frontale la plus inférieure paraît être le rudiment de l'incisure sus-orbitaire supérieure et marque la position du pli de passage fronto-linguistique qui est profond; au-dessous de cette incisure, la scissure sous-frontale se courbe en arrière, au-devant du genou du corps calleux. Au-dessous de l'extrémité de la scissure sous-frontale et non continue avec elle, est une grande incisure presque horizontale, continue en arrière avec la rainure du corps calleux; c'est l'incisure sus-orbitaire inférieure. A gauche, la partie antérieure de la scissure sous-frontale est très régulière; elle fournit d'abord à la circonvolution du corps calleux une longue incisure

oblique en avant et en bas, puis une incisure antérieure qui est l'incisure sus-orbitaire supérieure à l'état rudimentaire ou l'incisure fronto-limbique, le pli de passage fronto-limbique étant profond comme à droite; au-dessous de cette incisure, la scissure sous-frontale contourne, comme à droite, le genou du corps calleux.

Au-dessous de cette extrémité de la scissure sous-frontale et parallèlement avec elle s'étend une grande incisure bifurquée en avant, c'est l'incisure sus-orbitaire inférieure. Dans cette région, il y a encore, du même côté, deux incisions isolées, l'une dans la circonvolution du corps calleux au niveau du genou, parallèle à la scissure sous-frontale, l'autre courte et verticale dans la première circonvolution frontale, près de l'incisure sus-orbitaire supérieure. Des deux côtés, le pli fronto-limbique est profond et l'incisure sus-orbitaire supérieure est rudimentaire comme chez le cynocéphale papion de M. Broca (*loc. cit.* p. 490); l'incisure sus-orbitaire inférieure est longue et normale, sinon que son extrémité postérieure est à gauche continue avec la rainure du corps calleux et son extrémité antérieure bifurquée à droite. Les anomalies de cette région ne constituent pas des caractères particulièrement simiens ou embryonnaires.

Le secrétaire,

G. BALLET.

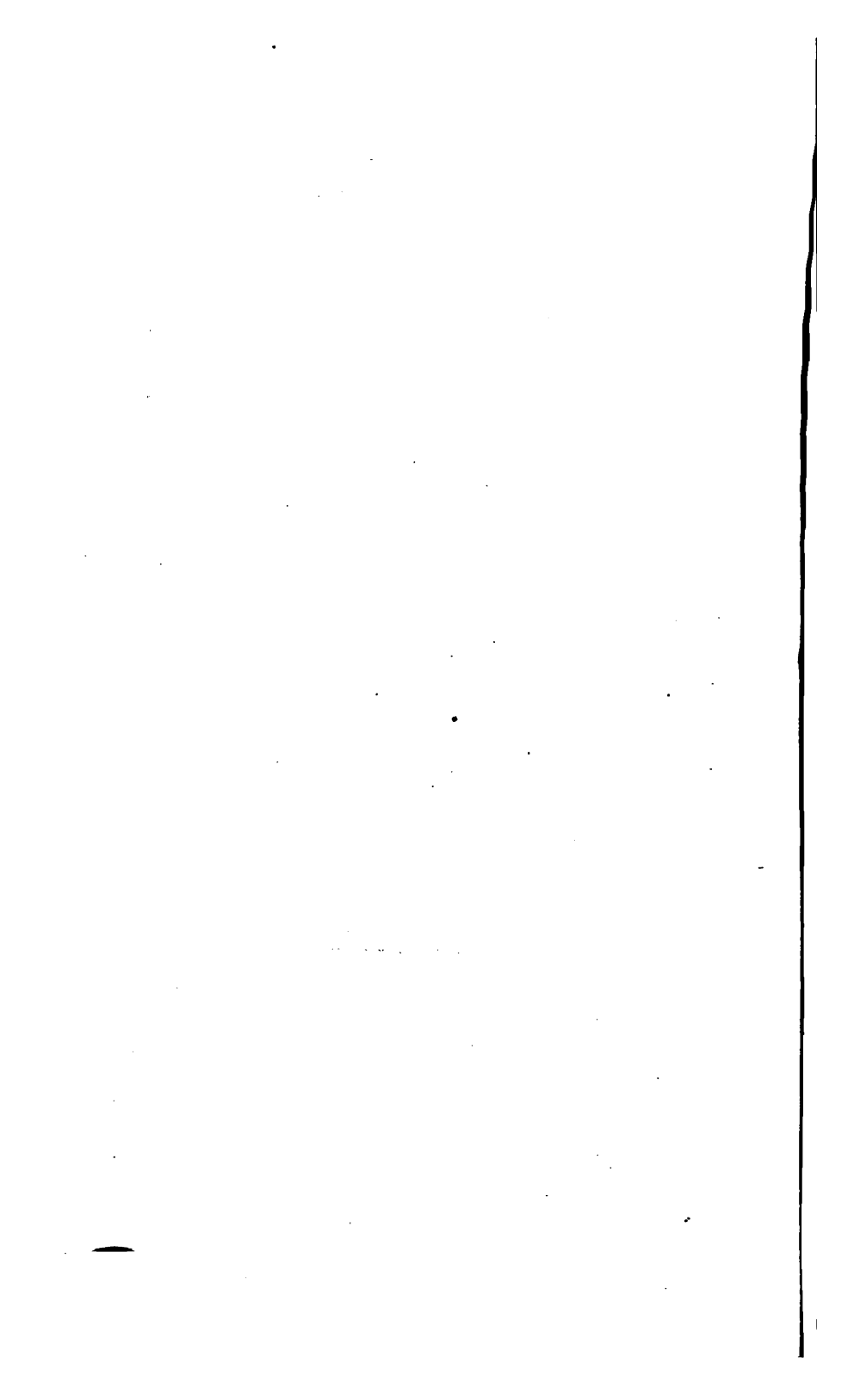


TABLE DES AUTEURS

A

Antin (d'). — 447.
Assaky. — 41, 445, 447.

B

Ballet. — 213, 219, 280, 312, 572, 608, 674.
Balzer. — 213, 214, 572.
Bar. — 713.
Barbe. — 433.
Barié. — 453.
Barth. — 196, 201, 204.
Bastard. — 741.
Baudry. — 706, 721.
Bazy. — 473.
Bellier. — 470.
Berbez. — 686.
Berne. — 126, 223, 470.
Bloch. — 219.
Bonnaire. — 106, 180, 279, 545, 591.
Bottey. — 13.
Boucher. — 81.
Bouicli. — 81.
Bouley. — 86, 153, 156, 258, 291.
Bourcy. — 741.
Bourneville. — 180, 437, 447, 545, 591, 638, 756.
Boyer (Cl. de). — 14, 82.
Brissaud. — 375, 395, 396, 456, 494, 495, 693.
Brossard. — 190.
Brun (de). — 118.

C

Carafi. — 706, 733, 736, 741.
Caylor. — 151, 152, 214, 215, 272, 350.

Cerné. — 333.
Chantemesse. — 280, 339.
Chapu. — 426.
Charcot. — 608, 674.
Chauffard. — 250, 287, 295, 230.
Clado. — 741.
Cocchez. — 15.
Comby. — 303, 698.
Cornil. — 614, 693.
Cossy. — 100, 219.
Criselli. — 276.

D

Darier. — 601.
Dauchez. — 35, 572.
De Gastel. — 266.
De Gennes. — 266, 608.
Déjérine. — 50, 78, 172, 196, 279, 315, 361, 675.
De la Personne. — 706, 741.
Delpeuch. — 452.
Dérignac. — 217.
Desnos. — 569.
Després. — 22.
Dieterlen. — 196, 601.
Doleris. — 329.
Ducastel. — 25, 215, 219, 549, 410, 463.
Dupleix. — 84.
Dutertre. — 161.

F

Féré. — 22, 24, 43, 83, 166, 170, 329, 414, 417, 418, 437, 444, 472.
Ferrand. — 63.
Firket. — 552.

G

Galliard. — 204, 359, 361.
 Gallois. — 147.
 Garcia Lavin. — 44, 60, 213, 492, 693.
 Gauchas. — 648.
 Gaucher. — 38, 40, 275, 276.
 Geffrier. — 43, 717.
 Gibier. — 212, 314, 412, 464, 591, 661, 662.
 Gilles de la Tourette. — 254, 569, 618, 619.
 Giraudeau. — 271.
 Girou. — 41, 188, 261.
 Gombault. — 156.
 Guiard. — 266, 268.
 Guinard. — 456, 668, 774.
 Guiter. — 336, 713.

H

Hache. — 313, 701.
 Hanot. — 26, 72, 349.
 Havage. — 257, 292, 457.
 Haranger. — 56, 72.
 Hayem. — 638, 1741.
 Houël. — 41, 91, 276, 314, 414, 417, 447.
 Huet. — 196.

J

Jarry. — 141.
 Jamin. — 206, 459, 461.
 Jaurand. — 466.
 Jean. — 741.
 Joffroy. — 494.
 Josias. — 694.
 Jousset. — 219.
 Juhel-Renoy. — 325, 713.

K

Kirmisson. — 491, 569, 733.
 Klippel. — 476, 539.

L

Labbé (Ch.). — 411.
 Lacaze. — 420.
 Lagrange. — 50, 102, 404, 575, 577, 609.
 Landouzy. — 196, 197, 219, 223, 232, 350, 361, 375, 395, 410, 412, 427, 675, 706.

Larabrie (de). — 54.
 Laurent. — 620.
 Laurand. — 369, 423.
 Ledouble. — 563.
 Lecoq. — 119.
 Legendre (P.-L.). — 186, 257, 400.
 Le Gendre. — 186, 193, 330.
 Lejard. — 364, 427.
 Leloir. — 106, 116, 186, 233, 257, 444.
 Leudet (O.). — 21.
 Liandier. — 219, 713.
 Lormand. — 605.
 Luc. — 621.

M

Malassez. — 395, 638, 670.
 Malécot. — 196, 600.
 Marciguy. — 86.
 Marfaud. — 213.
 Mathieu. — 57, 134, 315, 334, 370, 578, 652, 664.
 Maunoury. — 434, 581.
 Mayor. — 92, 125, 496, 638, 702, 723.
 Meunier. — 122, 479, 535, 586, 727.
 Monod (Ch.). — 94.
 Moutard-Martin. — 188, 195, 215, 219, 266, 307, 312, 329, 401, 402, 564.

N

Netter. — 63.

O

Oettinger. — 16, 227, 482.
 Olive. — 250.

P

Pennel. — 190.
 Petit (A.). — 56, 219, 353, 356.
 Petit (Ch.-H.). — 192, 292.
 Pinard. — 63.
 Pitres. — 628.
 Poirier. — 56.
 Pousson. — 678.

Q

Quinquaud. — 572.

R

Rambaud. — 367.

Ramonat. — 224, 309.

Reclus. — 41, 54, 56, 122, 192, 204,
262, 264, 332, 395, 396, 410, 412,
414, 433, 437, 447, 456, 490, 492,
494, 552, 662, 706, 733.

Rendu. — 26.

Revilliod. — 325, 589.

Ribeton. — 361.

Ricard. — 326.

Robert (Adh.). — 43 322.,

S

Sapelier. — 264.

Savard. — 115, 131, 281, 285.

Scheveng. — 63.

Siredey. — 92, 631, 663, 693.

Sorel. — 295, 301.

Suchard. — 691., 741.

T

Talamon. — 44, 68.

Teissier. — 16.

Tissier. — 227, 482.

Tuffier. — 65, 145, 326, 541.

V

Valude. — 689.

Variot. — 233, 396, 492, 535, 627.

W

Watson. — 63.

Weill. — 125, 315.

Wickam. — 402.

Wuillamier. — 638, 756.

TABLE DES MATIÈRES

A

- Ainhum, 69.
- Abcès, abcès multiples, abcès de la région frontale communiquant avec la cavité crânienne, 60.
- du foie, 13, 14, 115, 131, 713.
- périnéphrétique, 35, 464.
- du cerveau, 35.
- ouvert dans l'urèthre et la hanche, 118.
- périprostatique ouvert dans l'urèthre, le rectum et le péritoine, 426.
- Abdomen (plaie pénétrante de l'), 326.
- Albuminurie aiguë avec hématurie, 322.
- Amputation de cuisse, 50.
- congénitale des doigts, 713.
- Amyloïde (dégénérescence généralisée), 287, 295.
- Anévrysme de la carotide interne, 166.
- multiples, formation de caillots, peut-être sous l'influence de la pneumonie, 166.
- disséquant de l'aorte, 170.
- de l'aorte, 215, 353.
- miliaires des capillaires du cerveau, 315.
- de la valvule mitrale, 423.
- de l'artère communicante postérieure, 539.
- de la cloison interventriculaire, 741.
- de la crosse de l'aorte, 573.

- artério-veineux de l'artère et de la veine fémorale, 706.
- Anomalie du cœur, 72.
- du pied, 577.
- de l'utérus, 619.
- Anus artificiel, 86.
- Aortite alcoolique, 353.
- Aphasie, 116, 301, 309, 315.
- sans lésion de la 3^e frontale, 57.
- dans un cas de méningite tuberculeuse, 204.
- Arthrite tuberculeuse du genou, 126.
- Arthropathies rhumatismales chez un ataxique, 106.
- Athérome des veines, 329.
- Athrepsie, 14.
- Atrophie musculaire progressive, 186.
- musculaire d'origine spinale, produite par des lésions périphériques, 233.
- sénile symétrique des pariétaux, 414, 472.

B

- Bactéries. Coloration par le violet de méthyle, 670.
- Bride péritonéale, 444.
- Brachiale (monoplégie), 57.
- Bronches (abcès du foie guéri par l'ouverture dans les), 115.
- Bronchique (tuberculeuse), 152.

C

- Calcification de la zone fibreuse de la valvule mitrale, 24.

— des parois de la vésicule biliaire, 444.
 Calcul du rein, 361, 693.
 — salivaire, 736.
 Canal cystique (oblitération du), 22.
 Cancer du pancréas, 186.
 — secondaire du foie, 22.
 — du rein droit et du péritoine, 40.
 — de l'utérus, 227.
 — primitif du foie, 254, 276, 605.
 — de la vessie, 290, 280.
 — primitif de la capsule surrénale, 264.
 — de la trachée et de l'œsophage, 201.
 — du duodénum, 214.
 — du rectum, 215, 418.
 — latent du pylore et du foie, 57.
 — de l'S iliaque, 470.
 — de l'estomac, 691, 706.
 — du corps thyroïde, 578, 723.
 — de la langue, 727.
 — du testicule, 456.
 — généralisé des os, 552.
 Cancéreuse (pleurésie), 50.
 Capsule surrénale (cancer primitif de la), 264.
 Cerveau (abcès du), 38.
 — d'amputé, 741.
 — ramollissement aigu, 301.
 — ramollissement, 309, 664, 741.
 — à 4 circonvolutions frontales, 312.
 — hémorragie, 315.
 — (kyste hydatique du), 369.
 — gomme, 569.
 — tumeur chez un cheval, 632.
 — tubercules des méninges, 693.
 Cervelet (tubercules du), 84.
 — (tumeur du), 706.
 — (gliome du), 698.
 Cholécystite suppurée avec perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde, 193.
 Choléra des poules (état des muscles et des organes), 614.
 Chondrome ostéoïde de l'extrémité supérieure du péroné, 420.
 Circonvolutions cérébrales (cancer secondaire des), 57.
 — (sclérose tubéreuse des), 180, 545.

Cirrhose du foie, 56.
 — graisseuse hypertrophique, 134.
 — hypertrophique avec ictère, 339.
 Cœur (kyste hydatique du), 309.
 — rétrécissement pulmonaire, communication des 2 ventricules, 219.
 — anomalie du, 72.
 — hypertrophie du, 81.
 — contusion cérébrale, contracture consécutive du bras gauche, 433.
 Corps fibreux de l'utérus calcifié, 417.
 Crâne (fracture du) par armes à feu, 145.
 — (fracture du), avec perte de substance cérébrale, 147.
 — (fracture du), 151.
 — (lymphadénome de la voûte du), 206.
 Cranio-cérébrale (topographie) chez le macaque, 82.
 Cuisse (amputation de), 50.
 Cystocèle inguinale, 54.
 Cysticerques de l'encéphale, 15.

D

Démence, 106.
 Dermioïde (kyste) de la région sublinguale, 122.
 Diphthérie (microbe de la), 44, 68.
 Duodénum (cancer du), 214.

E

Elections, 49, 63, 257, 706, 371, 486.
 Eloge de Broca, 94.
 Embolie pulmonaire, 153.
 Empyème, 35.
 Encéphale (cysticerque de l'), 15.
 Encéphalite, 213.
 Endocardite ulcéreuse, 272, 564.
 — végétante, 309, 356.
 Épilepsie, 106.
 Épithélioma de l'intestin, 21.
 — cylindrique du foie, 72.
 — de l'S iliaque, 86.
 Esthiomène de la vulve, 152.
 Estomac (rétrécissement simple de l'), 41.
 — ulcère simple, 196.
 Etranglement par diverticule de l'intestin, 326.

Exostoses des fémurs, 106.
Expectoration albumineuse, 303.

F

Farcin chronique, 609.
Fémur (tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du), 65.
— exostoses des, 106.
— fracture sous-trochantérienne du, 153.
— intercondylienne, 156.
Fibrome de l'utérus, 227.
Fœtus monstrueux, 741.
Foie (cancer primitif du), 255, 276.
— kyste hydatique du, 285.
— abcès multiples du, 40
— abcès du, 13.
— abcès guéri par ouverture dans les bronches, 115.
— cancer secondaire du, 22.
— cirrrose du, 56.
— carcinome latent du, 57.
— épithélioma cylindrique du, 72.
— gras, 92.
— syphilitique, 693
— lésions (du), dans les maladies infectieuses, 631.
Fongus syphilitique du testicule, 490.
Fracture spontanée, 118.
— du crâne, 145, 147, 151.
— du fémur, mort par embolie pulmonaire, 153.
— intercondylienne du fémur, 156.
— du col du fémur, 600.
— de la cavité glénoïde de l'omoplate, 445.
— de la clavicule avec déchirure de la veine sous-clavière, 561.
— du rocher, 586.
— du crâne, 689
— du tibia et suture du fémur, 701.
Frontale (abcès de la région) communiquant avec la cavité crânienne, 60.

G

Gangrène pulmonaire, 43.
Genou (arthrite tuberculeuse du), 126.
Gliome de la pie-mère, 26.

Gommes tuberculeuses périartériales, 126.
Graisse (localisation de la), dans le lobule hépatique, 92.

H

Hanche (abcès ouvert dans la), 118.
Hémianesthésie sensitive sans troubles sensoriels, 217.
Hémichorée sans hémianesthésie, 359.
Hémiplégie, 116, 301.
— et hémianesthésie droite sans lésion cérébrale constatée, 618.
Hémorragie cérébrale, 315, 325.
Hépatite suppurée à frigore, 131
— diffuse probablement d'origine palustre, 396.
Hernie ombilicale étranglée, 119.
— inguinale étranglée, réduite en masse, 313.
Hyperostose du tibia et du péroné, 552.
Hypertrophie du cœur, 81.
— de la musculature de l'intestin, 86.
— de la prostate, 268.

I

Idiotie, 180.
Imperforation de l'anus, 601.
Inguinale (cystocèle), 54.
Invagination de l'S iliaque, 541.
Iléo-cœcal (perforation de l'appendice), 63.
Insuffisance mitrale, 25.
Intestin grêle (rupture de l'), 56.
Intestinale (occlusion), 21.
Invagination intestinale, 261.

K

Kyste dermoïde de la région sublinguale, 119.
— hydatique multiloculaire du petit bassin, 258.
— hydatique du cerveau, du foie, des méninges, 285.
— hydatiques multiples de la cavité abdominale, 744.
— de l'ovaire, 212, 313.
— du parovarium, 412.

- sébacé des doigts, 595.
- hydatique du foie, 608.
- de la face palmaire de l'index, 661.

L

- Laryngite chronique, 224.
- Laryngée (phthisie), 43.
- Leucocythémie, 281.
- splénique, 492.
- Lipome congénital du front, 192.
- de l'abdomen, 196.
- de la région lombaire, 324.
- dans la gaine du droit antérieur de la cuisse, 329.
- de la boule graisseuse de Bichat, 333.
- ulcéré de l'épaule et du bras droits, 411.
- Lymphadénome de la voûte du crâne, 206.
- du testicule, 434.

M

- Macaque (topographie crânio-cérébrale du), 82.
- Mal de Pott, 686.
- Malformation du membre supérieur, 271, 569.
- cardiaque, 589.
- Mélanose des ganglions bronchiques, 675.
- Méningo-encéphalite chronique chez un enfant, 638.
- Microbe de la diphtérie, 44, 68.
- du xanthelasma, 572.
- Microcéphalie (note sur deux cas de), 756.
- Mitrale (calcification de la zone fibreuse de la valvule), 24.
- (rétrécissement et insuffisance de la), 25.
- rétrécissement pur, 172, 196.
- Moelle. Lésions combinées, 608, 674.
- dégénération, 628.
- Moignon de l'opération de Guyon, 43.
- Monoplégie du membre inférieur, 463.
- Monstre du genre janiceps, 496.
- anencéphalien, 620, 733.

- Monstruosité, 742.
- Mycosis fongioïde, 106.

N

- Néphrite interstitielle, 81.
- parenchymateuse, 295.
- Nerfs. Altération des nerfs de la peau dans le vitiligo, 78.
- des voies biliaires, 627.
- Névrite parenchymateuse (rôle que jouent les lésions segmentaires dans l'évolution de la), 156.
- Névrome cubital, 456.

O

- Oblitération du canal cystique, 22.
- Obstruction cicatricielle du vagin, 22.
- Occlusion intestinale par anneau fibreux de la muqueuse, 334.
- par diverticule de l'intestin, 337.
- par épithélioma, 21.
- Ombilicale. Hernie étranglée, 119.
- (Edème des cordes vocales inférieures, 224.
- Ostéomalacie et fracture chez un épileptique, 437.
- Ostéo-sarcome du pubis, 118.
- de l'humérus, 601.
- Ovaire. Kyste, 212.
- kyste à pédicule tordu, 313.
- Ovarite suppurée double, 535.

P

- Pancréas (cancer du), 186.
- Paralysie pseudo-syphilitique, 100.
- générale spinale, subaiguë, 279.
- de la face et de la jambe, 315.
- Parasite observé à la surface de quelques affections particulières chez les enfants, 447.
- Pédoncule cérébral droit (tumeur du), 486.
- Perforation de l'appendice iléo-cœcal, 63.
- Péricarde (lame de verre enkystée dans le), 196.
- Péricardite tuberculeuse, 364.
- Périnéphrétique (abcès), 35.
- (phlegmon), 361.
- Péritoine (cancer du), 40.

Péritonite suraiguë, 168.
 — chronique, 250.
 Péroné (sarcome de l'extrémité supérieure du), 150.
 Phlegmon périnéphrétique, 361.
 — laryngé rétro-thyroïdien, 430.
 Phthisie laryngée, 43.
 Pie-mère (gliome de la), 26.
 Placenta, 81.
 — (rétention du), 367.
 Plaie par arme à feu, 569.
 Pleurésie cancéreuse, 50.
 — purulente, 35, 325.
 — aréolaire avec pneumonie chronique et péricardite purulente, 400.
 Plèvre (abcès périnéphrétique ouvert dans la), 35.
 Pneumonokoniose sidérotique, 303.
 Poitrine (plaie pénétrante de), 326.
 Prostate (hypertrophie de la), 268.
 Protubérance (sarcome névroglie de la), 4678.
 Pubis (ostéosarcome du), 118.
 Pulmonaire (gangrène), 43.
 — rétrécissement de l'artère, et tuberculose, 292.
 Purpura, 535.
 Pylore (cancer latent du), 57.

R

Ramollissement cérébral, 492, 591.
 Rapport sur la candidature de M. Variot, 232.
 — de M. Chauffard, 402.
 — de M. Cerné, 457.
 — de M. Juhel Rénay.
 — de M. Laurand, 473.
 — de M. Mathieu, 737.
 Rectum (cancer du), 125, 215.
 Rein (thrombose du), 14.
 — cancer du rein droit, 40.
 — (calcul du), 361.
 — unique en fer à cheval, 417.
 — à double bassinnet avec un seul uretère, 417.
 Rétraction de l'aponévrose palmaire, 713.
 Rétrécissement mitral, 25.

— préartériel, 741.
 — tricuspidien, 25.
 — simple de l'estomac, 40.
 — de l'iliaque, 86.
 — cancéreux du rectum, 125.
 — de l'urèthre, 717.
 Réunion immédiate après les opérations pratiquées au thermocautère, 602.
 Rupture de l'intestin, 119.
 — traumatique de l'intestin grêle, 56, 459.
 — traumatique de l'intestin sans lésions de la paroi abdominale, 291.
 — du diaphragme, 402.
 — du cœur, 476.

S

Sarcome de l'utérus, 16, 72.
 — à cellules géantes de l'extrémité supérieure du péroné, 50.
 — mélanique généralisé, 141.
 — du testicule, 315.
 — du corps thyroïde, 370.
 — des ganglions latéraux gauches du pharynx, 404.
 — de l'ovaire, 447.
 — du testicule, 479.
 Section des orteils avec arrachement des tendons, 461.
 Septicémie par rétention placentaire, 621.
 S iliaque, rétrécissement par un épithélioma cylindrique, 86.
 Sublinguale (kyste dermoïde de la région), 122.
 Syphilis tertiaire, 287.
 — du testicule, 332.
 — (pseudo-paralysie dans la), 100.

T

Testicule (chondro-sarcome du), 102.
 — ectopie, sarcome du, 315.
 — syphilitique, 332.
 — scléro-gommeux, 375.
 — gommès supprimées, 494,
 — ectopie du, 721.
 Thrombose cardiaque ancienne, 427.
 — de l'aorte thoracique, 466.

- Thyroïde (sarcome de la glande), 370.
 Topographie crânio-cérébrale du macaque, 82.
 Transfusion, 367.
 Tricuspidien (rétrécissement), 25.
 Tubercules du cervelet, 84.
 — périarticulaires, 126.
 Tuberculose pulmonaire aiguë, rénale, 330.
 — des trompes, 350.
 — et rétrécissement de l'artère pulmonaire, 292.
 — bronchique, 162.
 Tuberculose généralisée, 652.
 — des organes génitaux, 702.
 Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur, 65.
 — utéro-ovarienne, 119.
 Tumeur solide de l'ovaire, 482.
 — fibreuse de la paroi abdominale, 618.
 — maligne du sein, 668.
 Typhoïde (cholécystite suppurée dans la fièvre), 195.
 Typhus ambulatorius; mort par péritonite suraiguë, 188.
- U**
- Ulcère de l'estomac, 452.
 Urémie, 322.
 Urèthre (abcès ouvert dans l'), 118.
 Utérus (sarcome de l'). 16, 72.
 — (fibrome et cancer de l'), 227.
- X**
- Xanthelasma, anatomie pathologique, 572.
- V**
- Vagin (oblitération cicatricielle du), 22.
 Veines (athérome des), 329.
 Verge (ligature de la), 750.
 Vessie (cancer de la), 190, 280.
 — valvule du col de la, 266
 Vitiligo (altérations des nerfs de la peau dans le), 78.
 Vulve (esthiomène de la), 152.

